



Aus der Abteilung für
Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin
Geschäftsführende Direktorin: Frau Prof. Dr. med. Erika Baum
des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

GESUNDHEITS- UND FRÜHERKENNUNGS- UNTERSUCHUNGEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten
Humanmedizin

dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität
vorgelegt von

Catarina Charlotte Steinkohl aus Hamburg

Marburg, 2014

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität
Marburg am: 18.07.2014

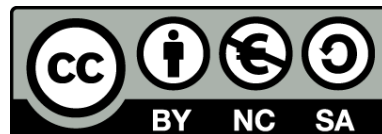
Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs.

Dekan: Herr Prof. Dr. med. Helmut Schäfer

Referent: Herr Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff

Korreferentin: Frau Prof. Dr. med. Ina Kopp

Originaldokument gespeichert auf dem Publikationsserver der
Philipps-Universität Marburg
<http://archiv.ub.uni-marburg.de>



Dieses Werk bzw. Inhalt steht unter einer
Creative Commons
Namensnennung
Keine kommerzielle Nutzung
Weitergabe unter gleichen Bedingungen
3.0 Deutschland Lizenz.

Die vollständige Lizenz finden Sie unter:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/de/>

Inhalt

1	Einleitung	7
1.1	Erkrankungen	7
1.2	Risikofaktorenmodell.....	10
1.3	Früherkennungsmodell	12
1.4	Periodische Gesundheitsuntersuchungen	13
1.5	Gesundheitsuntersuchung in Deutschland	17
1.6	Task Forces on Preventive Care	21
2	Methoden.....	25
2.1	Theorie zu Qualitativen Methoden.....	26
2.1.1	Fallstudie (case study)	27
2.1.2	Triangulation	28
3	Fragestellung und Zielsetzung.....	25
3.1.1	Matrixmethode	29
3.2	Studiendesign.....	31
3.2.1	Einschlusskriterien.....	32
3.2.2	Definition von Programm versus Nicht-Programm	32
3.2.3	Schlüsselinformanteninterviews.....	32
3.2.4	Länder/Gesundheitssysteme der Stichprobe	34
3.2.5	Aspekte der Früherkennungsuntersuchung	36
3.3	Datenerhebung	37

3.3.1	Internetrecherche	37
3.3.2	Durchführung der Schlüsselinformanteninterviews.....	37
3.4	Daten: Darstellung und Analyse	39
4	Ergebnisse	41
4.1	Eigenschaften der Gesundheitssysteme in der Stichprobe	41
4.2	Angebote zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- Erkrankungen.....	48
4.2.1	Programme zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- Erkrankungen.....	48
4.2.2	Länder ohne Programm zur Früherkennung von Herz- Kreislauf-Erkrankungen	69
4.3	Programme zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs	79
4.3.1	Untersuchung.....	79
4.3.2	Umsetzung.....	84
4.3.3	Organisation	91
4.4	Programme zur Früherkennung von Brustkrebs	97
4.4.1	Untersuchung.....	97
4.4.2	Umsetzung.....	102
4.4.3	Organisation	110
4.5	Übergreifende Analyse	117
5	Diskussion.....	124
5.1	Methodenkritik.....	124

5.2	Literaturvergleich	127
5.3	Analytische Schlussfolgerung	132
	Erwartungen des Patienten.....	134
	Soziales System.....	135
	Wissenschaft Medizin.....	137
	Politik	139
	Interessensgruppen.....	142
	Finanzierung von Gesundheitsleistungen.....	143
	Kultureller Enthusiasmus für Prävention	146
5.4	Fazit	148
6	Zusammenfassung.....	150
7	Summary	153
8	Anhang	155
8.1	Key-informant-interview – Leitfaden Deutsch	155
8.2	Key-informant-interview – Leitfaden Englisch.....	157
8.3	Lifetime Prevention Schedule (British Columbia)	160
9	Abkürzungsverzeichnis	161
10	Tabellenverzeichnis	163
11	Abbildungsverzeichnis.....	164
12	Tabellarischer Lebenslauf	165
13	Verzeichnis meiner akademischen Lehrer	166
14	Danksagung	167

15	Ehrenwörtliche Erklärung.....	168
16	Literaturverzeichnis	169

1 Einleitung

Gesundheitsschädigendes Verhalten, z.B. durch Rauchen, unzureichendes Stressmanagement, schlechte Ernährung und körperliche Inaktivität, ist mit dem Auftreten von Herz-Kreislauf-erkrankungen assoziiert. Diese führen in vielen Ländern die Todesursachenstatistiken an und sind für einen Großteil der Krankheitslast verantwortlich. Doch auch Krebserkrankungen, wie z.B. Cervix- und Mamma-Karzinome, spielen eine wichtige Rolle. Eine Gemeinsamkeit dieser Erkrankungen ist, dass sie durch Präventionsmaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen effektiv verhindert oder besser therapiert werden könnten. In Deutschland existiert mit der Gesundheitsuntersuchung (kurz „GU“ oder „check-up 35“) ein etabliertes Angebot. Allerdings bestehen Zweifel an einzelnen Untersuchungsinhalten und dem Bewertungsprozess für neue Untersuchungsverfahren. Weitere Kritikpunkte an der deutschen GU sind die mangelnde Aktualität einzelner Untersuchungsinhalte und die fehlende Zielgruppen-Orientierung. Dies zeigt die Notwendigkeit einer Reform. Um jedoch eine fundierte Alternative entwickeln zu können, ist eine internationale Bestandsaufnahme von Gesundheitsuntersuchungen im weitesten Sinne in anderen, aber doch vergleichbaren Gesundheitssystemen von Nutzen. Im Rahmen dieser Arbeit sollen Gesundheitsuntersuchungen im Hinblick auf ihre Inhalte, die Entwicklungs- und Aktualisierungsprozesse, die Implementierung und die zugrundeliegenden politischen Aspekte verglichen werden.

1.1 Erkrankungen

Die Krankheitsentitäten, auf die im Rahmen dieser Arbeit Bezug genommen wird, sind Brust- und Gebärmutterhalskrebs sowie die Gruppe

der Herz-Kreislauf-erkrankungen. In diesem Kapitel soll kurz auf ihre Bedeutung, ihre Ursachen und die Möglichkeiten zur Prävention eingegangen werden.

Gebärmutterhalskrebs war 2008 bei Frauen weltweit die Krebsart mit der dritthäufigsten Inzidenz (Arbyn et al., 2011). Die Inzidenz in den Industrienationen ist sehr viel niedriger als in den Entwicklungsländern und im Wesentlichen von der Verfügbarkeit geeigneter Screening-Methoden abhängig (Jemal et al., 2011). Besonders häufig sind Frauen zwischen 35 und 45 Jahren sowie ab 65 Jahren betroffen. Das mittlere Erkrankungsalter in Deutschland beträgt 51 Jahre (2012). Anders als bei anderen Krebsarten sind also eher jüngere Patientinnen im arbeitsfähigen Alter betroffen, was die volkswirtschaftliche Bedeutung dieser Erkrankung hervorhebt.

Auslöser des Zervixkarzinoms ist immer eine persistierende Infektion mit humanen Papillomaviren (HPV) in Zusammenspiel mit Kofaktoren wie z.B. früher sexueller Aktivität, ungeschütztem Geschlechtsverkehr, promiskuitivem Sexualverhalten, hoher Geburtenzahl und Rauchen (2012). An eine lange präklinische Phase auf dem Boden einer meist asymptomatischen Infektion, kann sich die Entwicklung eines invasiven Karzinoms anschließen. Ziel des Screenings ist, die zytologischen Krebsvorstufen schon frühzeitig zu erkennen, um rasch therapeutisch-kurative Maßnahmen ergreifen zu können. Eine weit verbreitete Screening-Methode ist der sog. Pap-Abstrich (Zervixabstrich nach Papanicolaou), mittels dem die Zervix-Endothelzellen anhand ihrer Kernmorphologie und Chromatinstruktur analysiert und je nach Dysplasiegrad in unterschiedliche Stadien eingeteilt werden können.

Diese reichen von geringgradigen Veränderungen über das Carcinoma in situ bis hin zum invasiven Karzinom. Entsprechend des Zytologiebefundes erfolgen weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen (Schneider et al., 2007).

Brustkrebs ist weltweit bei Frauen die mit Abstand am häufigsten diagnostizierte Karzinomart und ist für die meisten Krebstodesfälle von Frauen verantwortlich (Jemal et al., 2011; 2012). Anders als beim Zervixkarzinom sind vom Mammakarzinom eher ältere Frauen betroffen; in Deutschland liegt das mittlere Erkrankungsalter bei etwa 65 Jahren (2012).

Hohes Lebensalter konnte als ein Risikofaktor identifiziert werden. Weitere Risikofaktoren sind Brustkrebsfälle in der Familienanamnese, insbesondere bei Verwandten ersten Grades (genetische Disposition), junges Alter zum Zeitpunkt der Menarche und hohes Alter einer Primipara (im Sinne einer verlängerten Östrogenexposition) sowie Strahlenexposition und stattgehabte benigne Veränderungen der Brust. Ein erhöhtes Erkrankungsrisiko kann darüber hinaus durch Hormonersatztherapie, Adipositas und erhöhten Alkoholkonsum bedingt sein (McPherson, Steel, & Dixon, 2000).

Früherkennungsmöglichkeiten bestehen u.a. in radiologischen Untersuchungen der Brust, sog. Mammographie-Untersuchungen, die Tumore in einer Größe feststellen können, in der sie noch nicht klinisch auffällig geworden sind. Veränderungen der Brust werden radiologisch klassifiziert und je nach Befund werden weiterführende Maßnahmen ergriffen (Götzsche & Nielsen, 2011).

Kardiovaskuläre Erkrankungen stellen weltweit die häufigsten Todesursachen dar (Mendis et al., 2011). In Deutschland waren im Jahr 2009 etwa 40% der Todesfälle allein auf Erkrankungen dieses Formenkreises zurückzuführen (Böhm, 2011). Dies erklärt ihren hohen Stellenwert sowohl für den einzelnen Patienten als auch für Sozialpolitik und Gesundheitsökonomie (Maaz, Winter, & Kulmey, 2006).

Unumstritten ist der Zusammenhang von Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit dem Vorhandensein von Risikofaktoren, die die zugrunde liegenden pathophysiologischen Prozesse begünstigen und damit die Entwicklung dieser Erkrankungen fördern. Derzeitige Präventionsangebote zielen darauf ab, die sog. modifizierbaren Risikofaktoren zu minimieren bzw. auszuschalten.

1.2 Risikofaktorenmodell

Anhand der oben erläuterten Ursachen der drei Krankheitsentitäten im Rahmen dieser Arbeit wird ersichtlich, dass insbesondere für die Entwicklung kardiovaskulärer Erkrankungen das Vorhandensein sog. Risikofaktoren und der praktizierte Lebensstil eine zentrale Rolle spielen.

Als Meilenstein in der epidemiologischen Forschung gilt in diesem Kontext die *Framingham-Heart-Study*, eine prospektive Studie, die im Jahr 1948 begann und bis heute andauert. In die erste Kohorte der Studie wurden über 5000 herzgesunde Männer und Frauen im Alter zwischen 30 und 62 Jahren aus der nordostamerikanischen Stadt Framingham eingeschlossen. Sie wurden regelmäßig untersucht und bezüglich der Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen fortlaufend beobachtet (Castelli, 1983). Basierend auf den Ergebnissen dieser Studie wurde das sog. Risikofaktorenkonzept entwickelt. Dies besagt, dass es einen

Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein gewisser Risikofaktoren und der Entstehung von koronarer Herzkrankheit (KHK) und Schlaganfall besteht.

Grundsätzlich kann man beeinflussbare von nicht-beeinflussbaren Risikofaktoren trennen. Zu den klassischen nicht-beeinflussbaren Faktoren gehören Lebensalter, Geschlecht und genetische Ausstattung, wohingegen Bewegungsmangel, Rauchen und Übergewicht zu den beeinflussbaren Faktoren zählen (Ackermann-Lieblich, 1986; Kannel, 1978). Weitere relevante Faktoren sind linksventrikuläre Hypertrophie, Hypertonie, erhöhtes Gesamtcholesterin und erniedrigtes HDL-Cholesterin sowie Diabetes mellitus (Castelli, 1983; P. W. Wilson, 1994). In den vergangenen Jahren wurden immer wieder neue Risikofaktoren entdeckt und z.T. wieder verworfen (Baum, Hensler, & Popert, 2004). Historisch sollte durch die Identifikation von Risikofaktoren die Beseitigung von Ursachen auf individueller und volksgesundheitlicher Ebene herbeigeführt werden. Erst in den letzten Jahren wurde die Risikostratifizierung für die individuelle Patientenbetreuung formuliert. Dabei kann man anhand von sog. *Scores* beispielsweise die 10-Jahres-Wahrscheinlichkeit berechnen, mit der angesichts eines individuellen Risikoprofils ein kardiovaskuläres Ereignis eintreten kann. Diese *Scores* variieren entsprechend der Zielpopulation, von der sie abgeleitet wurden und im Hinblick auf die Parameter, die erhoben werden (Matheny et al., 2011). Bei der Anwendung dieser Risikorechner sollte immer bedacht werden, dass sie auf statistischen Überlegungen und theoretischen Modellen beruhen, die für den Einzelnen unter Umständen nur eine eingeschränkte Gültigkeit besitzen (Baum et al.). Zum Einsatz kommen solche Algorithmen, um im Rahmen präventivmedizinischer

Behandlungsansätze Patienten mit einem hohen kardiovaskulären Risiko identifizieren, sie anschließend entsprechend zu beraten und einer adäquaten Therapie, ggf. auch medikamentös, zuführen zu können. Eine erfolgreiche Änderung des Lebensstils, beispielsweise durch Nikotinverzicht, kann dann zu einer statistischen Risikoreduktion beim Patienten führen. Bei regelmäßigen Nachuntersuchungen können die Patienten anhaltend zur Lebensstiländerung motiviert und die Erfolge gemessen werden.

1.3 Früherkennungsmodell

Während Herz-Kreislaufkrankungen durch die Reduktion von Risikofaktoren minimiert werden können, spielt bei der Früherkennung von Krebserkrankungen die frühzeitige Diagnose eine entscheidende Rolle. Diese führt zur Reduktion der Mortalität und zum verringerten Neuauftreten von Krebserkrankungen im fortgeschrittenen Stadium, in dem sie einem kurativen Behandlungsansatz nicht mehr zugänglich sind (Bastos, Peleteiro, Gouveia, Coleman, & Lunet, 2010). Die Krebs-Früherkennung basiert auf dem Modell der Karzinogenese. Dies beinhaltet die Vorstellung, dass Karzinome durch die schrittweise Mutation von normalen Zellen in maligne Tumorzellen entstehen. Es konnte gezeigt werden, dass Screening einen positiven Effekt auf die Mortalität durch das Zervix-, Mamma- und kolorektale Karzinom haben kann (Gouveia et al., 2008). Hierbei sind organisierte Screening-Programme effektiver als opportunistisches Screening, richten weniger Schaden an und verursachen geringere Kosten (Gouveia et al., 2008). Vor der Implementierung eines Screeningprogramms muss dessen gesundheitliches Risiko, sein zu erwartender Nutzen und die

entstehenden Kosten innerhalb des geplanten Settings in dem jeweiligen Land genau untersucht werden und eine fortlaufende (Re-)Evaluation muss möglich sein (Gouveia et al., 2008).

1.4 Periodische Gesundheitsuntersuchungen

Unter periodischen Gesundheitsuntersuchungen versteht man die medizinische Untersuchung von zunächst einmal gesunden Erwachsenen in regelmäßigen Zeitintervallen (Boulware et al., 2007; Han, 1997). Ihre Ursprünge lassen sich bis in das 19. Jahrhundert zurückverfolgen, als die Ätiologie von Erkrankungen häufig noch unbekannt war und man sich durch die Untersuchungen erhoffte, frühe Krankheitsprozesse besser verstehen und so Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf nehmen zu können.

Außerhalb der medizinischen Versorgung waren darüber hinaus Lebensversicherungsgesellschaften und privatwirtschaftliche Unternehmen am Gesundheitserhalt ihrer Versicherten bzw. Arbeitnehmer interessiert und propagierten aufgrund ihrer wirtschaftlichen Belange die Durchführung der Untersuchungen (Han, 1997).

Health Maintenance Organizations (HMOs) sind eine besondere Form der Gesundheitsversorgung in den USA. Dabei erbringt der Versicherungsträger gegen einen festen Betrag, der meist vom Arbeitgeber des Versicherten aufzubringen ist, selbst medizinische Leistungen. Daher hat der Versicherungsträger ein hohes ökonomisches Interesse an der Morbiditätsreduktion der Versicherungsnehmer (Emmert, 2008). Seit Anfang der 1950er Jahre boten die *HMOs* sog. *health check ups* für ihre Mitglieder an. Einerseits entsprachen sie damit dem starken Bedürfnis der Patienten nach ärztlicher Rückversicherung über ihren

Gesundheitszustand. Andererseits ermöglichten die *health check ups* den HMOs eine Art Triage und erleichterten damit die Versorgungsplanung, was zur Effizienzsteigerung und Kostenersparnis beitrug (Han, 1997).

Die zunächst geringe Beteiligung an periodischen Gesundheitsuntersuchungen nahm bis in die 1960er Jahre stetig zu. Zeitgleich kam in Fachkreisen die Frage nach ihrer Evidenzgrundlage auf. Trotz ihrer langen Anwendung war nicht klar, ob sie einen positiven Einfluss auf Morbidität und Mortalität der Bevölkerung hatten oder ob sie möglicherweise sogar Schaden anrichten könnten (Han, 1997).

1968 stellten Wilson und Jungner Kriterien für Screeninguntersuchungen auf: So habe Screening zum Ziel, die Morbidität und Mortalität einer Erkrankung signifikant zu senken. Die frühere Diagnose und Behandlung sollen im Vergleich zur Therapie einer bereits symptomatischen Erkrankung Vorteile bezüglich Morbidität und Mortalität bringen. Der verwendete Test solle eine akzeptable Genauigkeit aufweisen und der Nutzen die Risiken übersteigen. Außerdem solle der Test kosteneffektiv sein (J. Wilson & Jungner, 1968). Eine Hilfe für die Beurteilung für Screeninguntersuchungen liefert die evidenzbasierte Medizin (*evidence based medicine, EBM*). Sie soll praktizierenden Ärzten ermöglichen, die beste medizinische Evidenzlage therapeutischer Interventionen evaluieren zu können (Getz, 2006) und vermeiden helfen, dass der Patient unnötigen Risiken ausgesetzt wird (Ashcroft, 2004). Letzteres ist besonders wichtig, da sich die Präventivmedizin mit primär gesunden Patienten befasst, die unter anderen Voraussetzungen und Erwartungen ihren Arzt aufsuchen, als bereits Erkrankte (Sackett, 2002).

In drei großen Arbeiten (von Frame und Carlson 1975, der *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination* 1976 und der *United States*

Preventive Services Task Force 1989) wurde die Evidenz der periodischen Gesundheitsuntersuchung in Nordamerika überprüft. Ihre Ergebnisse führten dazu, dass eindeutige Empfehlungen nur noch für sehr viel weniger Untersuchungen als bisher ausgesprochen werden konnten; die Untersuchungen sollten zudem nur noch in jeweils definierten Zeitintervallen durchgeführt werden. Bestanden periodische Gesundheitsuntersuchungen Anfang der 1950er Jahre noch aus einer mehrere Stunden dauernden ausführlichen Anamneseerhebung, körperlichen Untersuchung und Laboruntersuchung, die auf das Aufdecken gesundheitsbezogener Fakten beim jeweiligen Patienten ausgelegt war, führten die Neubewertungen zu einer eher zielgerichteten Untersuchung, die das Identifizieren bestimmter Risikopatienten zum Ziel hatte (Han, 1997). Die Task Forces entwickeln auch heute noch Indikatoren, die fortlaufend einzelne Elemente periodischer Gesundheitsuntersuchungen prüfen (s. Kapitel 1.6).

Trotz der Bemühungen der *Task Forces* besteht auch heutzutage noch kein Konsens über den Nutzen der periodischen Gesundheitsuntersuchung als solche. In den USA wurde 2006 im Auftrag der *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* durch Boulware et al. eine systematische Übersichtsarbeit vorgenommen. Diese sollte erneut Nutzen und Risiken der periodischen Gesundheitsuntersuchung prüfen, insbesondere vor dem Hintergrund aktueller präventivmedizinischer Leitlinien. Im Rahmen der Übersichtsarbeit wurden periodische Gesundheitsuntersuchungen definiert als ein oder mehrere Arztkontakte mit dem primären Ziel, beim Patienten das allgemeine Gesundheitsrisiko sowie einzelne Risikofaktoren zu identifizieren, um durch frühe Intervention Erkrankungen zu

verhindern. Limitationen der Übersichtsarbeit liegen in der heterogenen Definition über Inhalte und Durchführung von periodischen Gesundheitsuntersuchungen sowie in der Einbeziehung von Literatur aus der Zeit vor der Implementierung der USPSTF-Leitlinien von 1989, so dass die Vergleichbarkeit der Studien nur eingeschränkt möglich war (Boulware et al., 2007). Der größte Nutzen von periodischen Gesundheitsuntersuchungen lag demnach in der verbesserten Erbringung präventivmedizinischer Maßnahmen sowie der Reduktion gesundheitsbezogener Sorgen beim Patienten. Schäden konnten nicht identifiziert werden. Dies rechtfertigt in den Augen der Autoren die fortgesetzte Anwendung periodischer Gesundheitsuntersuchungen (Boulware et al., 2007).

Dagegen zeigten Mehrotra et al. (2007), dass nur 20% der acht von ihnen untersuchten Präventionsmaßnahmen im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen stattfanden und viele Interventionen ohnehin innerhalb von Routinekonsultationen durchgeführt wurden (Mehrotra, Zaslavsky, & Ayanian, 2007). Howard-Tripp (2011) aus Kanada argumentiert daher, dass periodische Gesundheitsuntersuchungen mit Hilfe von elektronischen Patientenakten und dem dadurch erleichterten Einplanen von patientenspezifischen Präventionsmaßnahmen bei Routinebesuchen ersetzt werden könnten, um so die Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern (Howard-Tripp, 2011).

Eine französische Beobachtungsstudie (Henny et al., 2012) untersuchte den Zusammenhang zwischen regelmäßiger Teilnahme an periodischen Gesundheitsuntersuchungen und der Senkung von Mortalität. Es musste eingeräumt werden, dass die nachgewiesene Mortalitätsreduktion nicht kausal auf die Teilnahme an Gesundheitsuntersuchungen zurückgeführt

werden konnte, da externe Faktoren (z.B. Gesundheitsbewusstsein der Stichprobe, Versorgungsdichte mit Hausärzten) relevante Einflussgrößen darstellten. Trotzdem konnte gezeigt werden, dass durch das Angebot von Gesundheitsuntersuchungen bei den Teilnehmern gesundheitsbewusstes Verhalten gefördert wurde (Henny, Paulus, Helfenstein, Godefroy, & Guéguen, 2012). Eine breitangelegte Literaturübersichtsarbeit (Krogsbøll et al., 2012) konnte hingegen keine Mortalitätsreduktion bei kardiovaskulären und malignen Erkrankungen belegen (Krogsbøll, Jørgensen, Grønhøj Larsen, & Gøtzsche, 2012). Beim Vergleichen von Studien zu Gesundheitsuntersuchungen muss beachtet werden, ob Einzelmaßnahmen oder Gesundheitsuntersuchungen als Gesamtkonzept verglichen werden, da sonst Probleme des sog. *cross-over* oder der Kontamination entstehen können: Möglicherweise erscheinen Gesundheitsuntersuchungen in einigen Fällen nur deshalb als wirkungslos, da die Kontrollgruppe im Rahmen von Routinekonsultationen ebenfalls wirkungsvolle Maßnahmen erhalten hat.

1.5 Gesundheitsuntersuchung in Deutschland

In Deutschland besteht seit 1989 das Angebot zur „Ärztlichen Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten“, kurz „GU“ oder „check-up 35“ genannt. Die Untersuchung wurde vom gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (g-BA) entwickelt und ist in §25 SGB V (fünftes Sozialgesetzbuch) verankert. Laut Gesetz können Männer und Frauen ab dem 36. Lebensjahr alle zwei Jahre eine Gesundheitsuntersuchung in Anspruch nehmen. Diese zielt besonders auf die Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen ab und beruht auf dem

Risikofaktorenmodell (s. Kapitel 1.2). Die Kosten der Untersuchung werden von der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) übernommen; die Praxisgebühr für den Patienten entfällt inzwischen. Die Ärzte können die GU extrabudgetär abrechnen, was einen finanziellen Anreiz darstellt (K. V. Berlin, 2011).

Die Richtlinien des g-BA sehen für die Gesundheitsuntersuchung die Erhebung einer ausführlichen Anamnese vor, die Eigen-, Familien- und Sozialanamnese umfasst und bestimmte Risikofaktoren abfragt (Rauchen, Bewegungsmangel, psychische Belastungsfaktoren, Übergewicht und Alkohol). Neben einer körperlichen Untersuchung (Ganzkörperstatuts) erfolgen außerdem die Bestimmung von Gesamtcholesterin und Glucose im Serum sowie ein Harnstreifentests auf Eiweiß, Glucose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit im Urin (Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten. 2011).

Auf einem Berichtsvordruck werden alle Ergebnisse dokumentiert. Abschließend – oft im Rahmen einer zweiten Konsultation – erhält der Patient eine den Befunden entsprechende Beratung über seine individuellen Risikofaktoren und über sinnvolle vorbeugende Verhaltensänderungen bzw. notwendige Therapiemaßnahmen (Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten. 2011).

In weiten Teilen muss die GU als veraltet angesehen und der Nutzen kritisch hinterfragt werden. Bei Othman et al. (2008) finden sich folgende Kritikpunkte: Die Effektivität der Gesundheitsuntersuchung habe bislang nicht belegt werden können und die Dokumentationsqualität sei oftmals

mangelhaft. Außerdem würden aus den erhobenen Befunden keine therapeutischen Konsequenzen gezogen und die Teilnehmerraten der Anspruchsberechtigten seien niedrig (Othman, Abholz, Altiner & Wollny, 2008).

Hager (2008) kritisiert, dass einzelne Bestandteile, z.B. die Erhebung des Ganzkörperstatus und das Zeitintervall, in dem die Untersuchung angeboten wird (alle zwei Jahre), nicht evidenzbasiert seien.

Regus et al. (2011) haben in ihrer Untersuchung Brandenburger Hausärzte um eine Einschätzung der GU gebeten. Diese sähen einen geringen Nutzen in der vom g-BA vorgesehenen Form der GU, bewerteten aber individuell modifizierte Erweiterungen durchaus als positiv. Außerdem schätzten sie die strukturgebende Qualität der GU, die beispielsweise durch die Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung und die Kontinuität der Versorgung zu Stande komme. Den individuellen Erweiterungen der GU durch die Hausärzte stehen die Autoren der Studie skeptisch gegenüber. Zum einen müsse der medizinische Nutzen geklärt sein, zum anderen sollten die zusätzlichen Maßnahmen nicht im Rahmen sogenannter IGeL-Leistungen durchgeführt werden, bei denen der Patient die Kosten der Untersuchungen selbst tragen muss (Regus et al., 2011).

Einige Studien gehen auf die Partizipationsraten bei der Gesundheitsuntersuchung ein (Fisseni, Golücke, & Abholz, 2003; Hager, 2008; Hauswaldt, Junius-Walker, Kersting, & Hummers-Pradier, 2009). Die Schätzungen der Teilnehmerraten variieren dabei je nach Methode zwischen 7% bis 30% (Hauswaldt et al., 2009). Eine Studie kommt sogar auf 51% (Streich, 2009). Grundsätzlich scheinen die Gruppe der jüngeren Anspruchsberechtigten und auch das weibliche Geschlecht seltener untersucht zu werden als die Gruppe der älteren Anspruchsberechtigten

bzw. die Gruppe der Männer. Aus Public-Health-Sicht wären jedoch sowohl eine ausgeglichene Verteilung in Bezug auf die Altersgruppen als auch in Hinblick auf das Geschlechterverhältnis wünschenswert (Hauswaldt et al., 2009). Sönnichsen et al. (2007) untersuchten die qualitativen Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern an der Gesundheitsuntersuchung innerhalb verschiedener Hausarztpraxen. Hier zeigte sich, dass Patienten, die nicht an der GU teilnahmen, oft jünger waren und einen höheren Bildungsstand aufwiesen als die Patienten, die die GU in Anspruch nahmen. Bei der Gruppe der Nicht-Teilnehmer zeigte sich aber auch ein höherer Anteil Raucher und dadurch trotz des jüngeren Alters ein ähnlich hohes kardiovaskuläres Risikoprofil wie in der Gruppe der Teilnehmer. Diese Patientengruppe sollte nach Meinung der Autoren auch bei anderen Konsultationsgründen auf ihr kardiovaskuläres Risiko angesprochen und einer GU unterzogen werden, da sonst ein wichtiges Patientenkollektiv verfehlt würde (Sönnichsen, Sperling, Donner-Banzhoff, & Baum, 2007). Bereits Erkrankte bzw. Patienten mit häufigem Praxis-Kontakt scheinen im Rahmen der GU vorzugsweise untersucht zu werden.

Ein weiterer wesentlicher Kritikpunkt ist, dass die Präventionsmaßnahmen alters- und geschlechtsadaptiert angeboten werden sollten (Donner-Banzhoff & Heintze, 2011). In den USA und in Kanada konnte für derartig ausgerichtete Untersuchungen ein positiver Nutzen nachgewiesen werden (Boulware et al., 2006; Force, 1989; "The periodic health examination. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination," 1979).

1.6 Task Forces on Preventive Care

Die *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC) und die *U.S. Preventive Service Task Force* (USPSTF) sind die beiden wichtigsten nordamerikanischen Institutionen zur Evaluierung von Screeningmaßnahmen. Mithilfe standardisierter Methoden erarbeiten Experten Empfehlungen zu Screeningmaßnahmen, die Ärzten im klinischen Alltag als Entscheidungshilfen dienen sollen. Die Empfehlungen werden in unterschiedliche Stärkegrade eingeteilt. Die Einteilungen sind bei der USPSTF und der CTFPHC recht ähnlich. In Tabelle 1 werden daher nur die Definitionen der USPSTF dargestellt.

In Kanada erarbeitete die *Canadian Task Force on Preventive Health Care* von 1976 bis 2005 Empfehlungen zu einer Reihe von Präventionsmaßnahmen. 2005 löste sie sich aufgrund mangelnder Finanzierung auf. Im April 2010 traf sie sich in neuer Besetzung, um ihre Arbeit fortzusetzen (CTFPHC, 2011). Es wurden Prioritäten für neu zu erarbeitende Empfehlungen gesetzt und regelmäßige Treffen finden drei Mal pro Jahr statt. Es existiert bereits eine neue Empfehlung zum Screening von Brustkrebs, an Empfehlungen für das Screening von Bluthochdruck, Depression, Diabetes und Fettleibigkeit (bei Erwachsenen und bei Kindern) sowie vom Zervixkarzinom wird derzeit gearbeitet (CTFPHC, 2012).

Tabelle 1: Definition der Empfehlungsgrade der USPSTF seit Mai 2007

Grad	Definition	Vorschläge für die Praxis
A	Die USPSTF empfiehlt die Maßnahme. Es gibt hohe Sicherheit für einen erheblichen Nutzen.	Angebot bereitstellen oder anbieten.
B	Die USPSTF empfiehlt die Maßnahme. Es gibt hohe Sicherheit dafür, dass der Nutzen mäßig ist bzw. mittlere Sicherheit, dass der Nutzen mäßig bis ausgeprägt ist.	Angebot bereitstellen oder anbieten.
C	<i>Die folgende Aussage wird derzeit revidiert:</i> Ärzte können diese Maßnahme ausgewählten Pat. anbieten, abhängig von individuellen Umständen. Für die meisten Pat. ohne Anzeichen oder Symptome scheint sie jedoch nur von geringem Nutzen zu sein.	Angebot nur bereitstellen oder anbieten, wenn andere Erwägungen dies beim individuellen Pat. sinnvoll erscheinen lassen.
D	Die USPSTF spricht sich gegen diese Maßnahme aus. Es gibt mittlere oder hohe Sicherheit, dass das Angebot keinen Nutzen hat oder dass der Schaden größer als der Nutzen ist.	Den Gebrauch dieser Maßnahme verhindern.
I	Die USPSTF kommt zu dem Schluss, dass die derzeitige Evidenz unzureichend ist, um das Schaden-/Nutzen-Verhältnis zu validieren. Evidenz fehlt, ist von schlechter Qualität oder widersprüchlich und das Verhältnis von Schaden/Nutzen kann nicht bestimmt werden.	Falls die Maßnahme angeboten wird, sollten die Patienten die Unsicherheit bezüglich Schaden/Nutzen verstehen.

Quelle: U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. Mai 2008. Webpage.
URL: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm>
[20.08.2012]

Die USA haben mit der *U.S. Preventive Service Task Force* (USPSTF) ebenfalls eine Einrichtung, die die Evidenz von Präventionsmaßnahmen evaluiert. Sie wurde 1984 gegründet (USPSTF, 2012). Die Empfehlungen, die sie für die Prävention der für diese Arbeit relevanten Erkrankungen ausspricht, sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2: USPSTF-Empfehlungen für Screeningtests (A und B)

Screening auf/Evaluation von	♂	♀	Anmerkungen
Abdominelles Aortenaneurysma	✓	✗	einmalige Ultraschalluntersuchung für Männer zwischen 65-75 J., die jemals geraucht haben
Alkohol-Abusus und Intervention zur Verhaltensberatung	✓	✓	mittels AUDIT oder CAGE-Screeningtool
Aspirin zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen	✓	✓	wenn der potentielle Nutzen durch die Verminderung von Myokardinfarkten (Männer 45-79 J.) oder ischämischen Schlaganfällen (Frauen 55-79 J.) größer ist als das Risiko einer gastrointestinalen Blutung
Brustkrebs	✗	✓	alle 2 Jahre Mammographie für Frauen zw. 50-74 J.
Gebärmutterhalskrebs	✗	✓	Frauen zwischen 21-65 J., die sexuell aktiv waren und eine Zervix haben. Frauen zwischen 21-30 J.: Pap-Test alle 3 J., zw. 30-65 J.: Pap-Test + HPV-Test alle 5 J. für die Frauen, die Screening-Intervall verlängern wollen
Depression	✓	✓	wenn personalgestützte Depressionsbetreuung vorhanden ist, die sorgfältige Diagnostik, effektive Therapie und Nachbehandlung sicherstellt
Bluthochdruck	✓	✓	alle 2 Jahre bei RR von <120/80mmHg, jährlich bei RR von syst. 120-139/diastol. 80-90mmHg
Fettstoffwechselstörungen	✓	✓	Männer zw. 20-35 J. und Frauen >20 J., mit erhöhtem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen; alle Männer >35 J. (alle 5 Jahre, bei Gesunden auch in längeren Zeitintervallen)
Fettleibigkeit bei Erwachsenen	✓	✓	intensive Beratung und Verhaltensinterventionen, um anhaltende Gewichtsreduktion bei fettleibigen Erwachsenen zu erreichen
Nikotin-Abusus und tabak-assoziierte Erkrankungen, Beratung und Intervention	✓	✓	alle Erwachsenen >18 J. sollen zu Rauchverhalten befragt werden – diejenigen, die rauchen, sollen Rauchstopp-Interventionen erhalten
Diabetes mellitus Typ II bei Erwachsenen	✓	✓	für asymptomatische Erwachsene mit anhaltend RR > 135/80mmHg

Quelle: The U.S. Preventive Service Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services 2010-2011. URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd1011/pocketgd1011.pdf> [20.08.2012]

Sowohl die USPSTF und die CTFPHC sind international anerkannte Institutionen. Dennoch spiegeln ihre Empfehlungen in vielen Ländern nicht den Versorgungsalltag wieder. Dies mag zum Teil an situationsabhängigen, individuellen Entscheidungen von Arzt und/oder Patient liegen; inwiefern aber gesellschaftliche oder politische Rahmenbedingungen eine Rolle spielen, versucht diese Arbeit zu klären. Im folgenden Kapitel sollen Fragestellung und Zielsetzung dieser Arbeit weiter definiert werden.

2 Fragestellung und Zielsetzung

Die Gesundheitssysteme vieler Länder sehen sich durch einen Anstieg von lebensstilbezogenen Gesundheitsproblemen auf der einen Seite und knapper werdenden Ressourcen auf der anderen Seite neuen Herausforderungen gegenüber. Einerseits gibt es durch innovative Technologien und neue Screeningtests scheinbar mehr Möglichkeiten zur Früherkennung von Erkrankungen, andererseits werden die Kriterien, die man an Screeningmaßnahmen stellt, strenger. Sie sollten nicht nur nachweislich wirksam, sondern möglichst auch kosteneffizient sein. Es existieren verschiedene Institutionen, die die Evidenz von Screeninguntersuchungen bewerten und als Entscheidungshilfen für Akteure im Gesundheitswesen dienen.

Diese Arbeit soll zur Klärung der Frage beitragen, wie Gesundheitssysteme in unterschiedlichen Ländern Früherkennungsuntersuchungen und nationale Vorsorgeprogramme implementieren, strukturieren und organisieren. Unterschiede und Gemeinsamkeiten sollen analysiert und einander gegenübergestellt werden. Mittels qualitativer Methoden werden die Daten erhoben, zunächst deskriptiv dargestellt und abschließend analytisch betrachtet und diskutiert. Hierbei werden für die Früherkennungsuntersuchungen zu Brust- und Gebärmutterhalskrebs sowie zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Hinblick auf ihren politischen, gesellschaftlichen, kulturellen und historischen Kontext Determinanten herausgearbeitet und analysiert.

3 Methoden

Anders als in vielen anderen medizinischen Doktorarbeiten wurden für diese Arbeit vorwiegend qualitative Daten erhoben, die eine bedeutungsorientierte Analyse nach sich ziehen. In diesem Kapitel soll zunächst die Theorie zu qualitativen Methoden erläutert werden. Anschließend sollen das Studiendesign und das Vorgehen bei der Planung sowie der Erhebung und Auswertung der Daten dieser Arbeit beschrieben werden.

3.1 Theorie zu Qualitativen Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit wurden qualitative Methoden herangezogen. Da das zu erforschende Gebiet ein hohes Maß an Komplexität aufweist und das Ziel darin besteht, Zusammenhänge und Bezüge aufzudecken, ist ein qualitativer Ansatz sinnvoll. Außerdem findet sich in dieser Arbeit nur eine kleine Zahl beobachteter Einheiten, was ebenfalls für eine qualitative Herangehensweise spricht.

Beispiele für qualitative Studien in der Medizin finden sich in vielen unterschiedlichen Bereichen. In den EUROASPIRE-Studien wurden beispielsweise an über 20 europäischen Krankenhäusern Patienten mit koronarer Herzkrankheit in Bezug auf die durchgeführte Sekundärprophylaxe untersucht. Risikofaktoren und Medikation wurden mittels Interviews und der direkten Auswertung von Krankenhausakten erhoben. Es zeigte sich eine insgesamt geringe Nutzung der Möglichkeiten zur Sekundärprävention (z.B. Nichtaufnahme von Rauchen, Zunahme von Adipositas, optimierungsbedürftige Blutdruck- und Cholesterineinstellung) (EUROASPIRE Working Group I and II, 2001).

Eine andere qualitative Studie untersuchte die Vorstellungen zu Ätiologie und Therapie von akutem Husten bei 20 Hausärzten und 36 ihrer Patienten. Die geführten Gespräche wurden aufgezeichnet und es erfolgte eine computergestützte qualitative Analyse im Hinblick auf die Krankheitskonzepte bei Arzt und Patient. Konzepte naturwissenschaftlicher Medizin und alte humoralpathologische Vorstellungen gingen ineinander über. Ein deutlicher Unterschied in den Auffassungen zwischen Professionellen und Laien fand sich erstaunlicherweise nicht (Wilm, Knauf, Kreilkamp, Schlegel & Altiner 2006). Diese Beispiele zeigen nur zwei Typen von Fragestellungen, die durch qualitative Forschung in der Medizin abgedeckt werden können.

Anders als quantitative Daten zeichnen sich qualitative Daten durch Vielschichtigkeit und Reichhaltigkeit (Richards, 2009) aus und bieten dadurch eher die Möglichkeit für das Aufzeigen komplexer Zusammenhänge (Miles & Huberman, 1994), bringen aber auch einige Besonderheiten in der Erhebung und Auswertung mit sich. Daher soll an dieser Stelle die Theorie hinter den in meiner Arbeit angewandten qualitativen Methoden näher erläutert werden.

3.1.1 Fallstudie (case study)

Fallstudien sind sehr verbreitete Anwendungsbeispiele für qualitative Methoden (Sofaer & Luciano, 1999). Die Fallstudie ist eine empirische Methode, die den Forschungsgegenstand eingehend und in seinem natürlichen Umfeld untersucht, insbesondere dann, wenn die Grenzen zwischen dem Forschungsgegenstand und seiner Umgebung nicht klar zu ziehen sind. Die Fallstudie beschäftigt sich mit komplexen Sachverhalten und eignet sich insbesondere zur Beantwortung von Fragen nach dem

„wie“ und „warum“. Generell kann man zwischen deskriptiven, erklärenden und explorativen Fallstudien differenzieren (Yin, 2009).

Die Inhalte von Fallstudien können sehr variabel sein, beispielsweise können sie individuelle, gruppenbezogene, soziale, politische oder organisatorische Prozesse untersuchen (Yin, 2009). Grundsätzlich können ein oder mehrere Fälle innerhalb eines begrenzten Systems betrachtet werden, so dass man von einer *single* bzw. *multiple case study* spricht. Die Fälle müssen genau definiert werden und eine eingehende Beschreibung des Falls muss möglich sein (Creswell, 2007). Die Stichprobenauswahl kann nach dem Zufallsprinzip erfolgen, öfter aber sucht man die Fälle in Hinblick auf vorher festgelegte gemeinsame Muster aus (Sofaer & Luciano, 1999). Je nach Forschungsziel kann man bei der Auswahl entweder versuchen, ein möglichst breites Spektrum des Falls abzudecken (*purposeful maximal sampling*) oder lediglich gewöhnliche, ungewöhnliche oder gut zugängliche Fälle in die Studie einbeziehen (Creswell, 2007).

Die Datenerhebung in Fallstudien erfolgt meist sehr extensiv und unterschiedliche Datenquellen kommen zum Einsatz, z.B. Interviews mit Schlüsselinformanten, Dokumentanalyse und teilnehmende Beobachtung (Creswell, 2007). Auf die Besonderheiten von Schlüsselinformanteninterviews, die in dieser Arbeit angewendet wurden, wird in Kapitel 3.2.3 näher eingegangen.

3.1.2 Triangulation

Triangulation ist ein methodisches Vorgehen, das auf der Überlegung beruht, dass eine Methode allein nicht in der Lage ist, ein Phänomen, für das es miteinander konkurrierende oder einander widersprechende Erklärungen gibt, auf geeignete Weise darzustellen (Patton, 1999). Da jede

einzelne Methode unterschiedliche Aspekte der Realität enthüllen kann, bietet die Kombination von Methoden in der Datenerhebung, Auswertung oder Theorienbildung die Möglichkeit, eine umfassendere Darstellung der Wirklichkeit zu liefern als bei Anwendung einer Methode allein (Mays & Pope, 2000). Um einen starken Triangulationseffekt zu bewirken, sollten die verwendeten Techniken möglichst unterschiedlich sein und fast wie zwei voneinander unabhängige Untersuchungen durchgeführt werden. Die Ergebnisse beider Untersuchungen werden kombiniert. Dadurch erhofft man sich, den Untersuchungsgegenstand besser erfassen zu können. In meiner Arbeit wurde die Triangulation von Datenquellen vorgenommen. Es wurden sowohl Daten durch Dokumentanalyse gewonnen als auch durch teilstrukturierte Interviews mit Schlüsselinformanten. Die Ergebnisse der Internetrecherche wurden auf diese Weise durch die Schlüsselinformanteninterviews validiert und auf ihre Konsistenz überprüft. Triangulation ist also eine Methode, die eine verzerrte Darstellung der Ergebnisse (*bias*) minimieren soll und damit zur Validität der Resultate beiträgt (Patton, 1999).

3.1.3 Matrixmethode

Dieser Abschnitt beschäftigt sich nun mit der Darstellung und Analyse von Daten. Da ein qualitativer Forscher oft mit einer unübersichtlichen Fülle von verschiedensten Datenarten konfrontiert wird, ist dies ein wichtiger Aspekt. Die übersichtliche Darstellung der Daten ist eng mit dem Sammeln der Daten und der Reduktion des Datenvolumens (durch Zusammenfassen, Ordnen, Kategorisieren, etc.) sowie dem Analysieren und Auswerten verbunden (vgl. Abbildung 1).

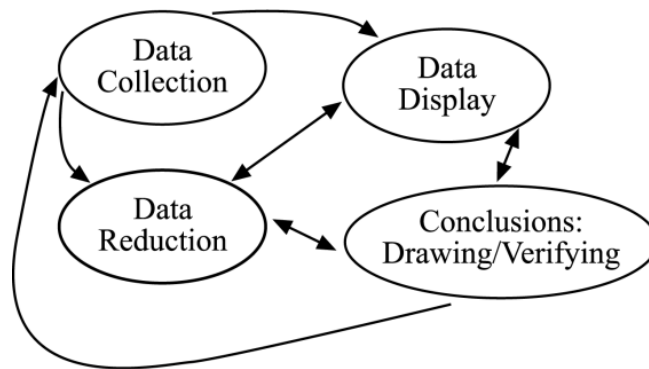


Abb. 1: Komponenten der Datenanalyse - Interaktives Modell, Miles und Huberman (1994) (Miles & Huberman, 1994) (Quelle: http://www.emeraldinsight.com/content_images/fig/0880160107003.png [12.12.2013])

Zur Darstellung der Daten dieser Arbeit entschied ich mich für die Erstellung einer Matrix (Miles & Huberman, 1994). Diese ist gekennzeichnet durch eine tabellarische Form; der Aufbau von Spalten und Zeilen wird entsprechend der Forschungsfrage ausgerichtet. Die Matrix kann mit Zitaten, Zusammenfassungen, Kategorisierungen oder den Beobachtungen des Forschers gefüllt werden. Vorteile der Matrix sind die gute Komprimierbarkeit der Ausgangsdaten, ihre Übersichtlichkeit und damit die erleichterte Zugänglichkeit für Vergleiche und Analysen (Miles & Huberman, 1994). Zur Analyse kann man eine sog. *within-case-* oder *cross-case-analysis* heranziehen, je nachdem ob man einen einzelnen Fall oder mehrere Fälle untereinander untersuchen bzw. vergleichen möchte (Richards, 2009). In dieser Untersuchung fanden beide Verfahren statt.

Zur theoretischen Orientierung qualitativer Methoden soll außerdem die Erläuterung der sog. *ladder of abstraction* dienen (Miles & Huberman, 1994), die das induktive Vorgehen der qualitativen Forschung beschreibt:

Nachdem man sich bei der Datenerhebung mit den Rohdaten beschäftigt hat, beginnt schon bei der Darstellung der Daten ein analytischer Prozess, der dazu dient, Zusammenhänge herzustellen und Einflussfaktoren zu identifizieren. Es kommt zur Kontextbildung und zur Entwicklung eines Erklärungsmusters, das zur Theorienbildung beiträgt. Diese immer abstrakter werdenden Schritte lassen sich mit den Stufen einer Leiter vergleichen, die man nacheinander erklimmt (Miles & Huberman, 1994).

3.2 Studiendesign

In den vorangegangenen Abschnitten wurde die theoretische Ausrichtung qualitativer Methoden erläutert. Im Folgenden wird nun das Studiendesign erläutert: Die vorliegende Untersuchung wurde als Fallstudie konzipiert. Die Fälle wurden dabei definiert als die sieben zu untersuchenden Länder mit ihren jeweiligen Präventionsmaßnahmen zu Brust- und Gebärmutterhalskrebs sowie zur Früherkennung kardiovaskulärer Erkrankungen. Die Quellen für die vorliegende Arbeit bildeten die öffentlich zugänglichen Informationen der Instanzen, die für Prävention und Früherkennung in dem jeweiligen Land zuständig sind und wurden hauptsächlich mittels Internetrecherche erhoben. Am Ende der Datenerhebung wurden zum Zweck der Triangulation (s. Kapitel 3.1.2) Schlüsselinformanteninterviews (s. Kapitel 3.2.33) durchgeführt. Diese dienten dazu, die bei der Internetrecherche gewonnenen Informationen mit einem Hausarzt aus dem jeweiligen Land abzugleichen und zu ermitteln, inwieweit Theorie und Praxis der Früherkennungsprogramme übereinstimmten.

3.2.1 Einschlusskriterien

Um den Vergleich über bestehende Präventionsangebote in unterschiedlichen Ländern bzw. Gesundheitssystemen sinnvoll gestalten zu können, musste der Untersuchungsgegenstand eingegrenzt werden. Sowohl die Auswahl der Länder als auch die zu betrachtenden Aspekte der Früherkennungsuntersuchungen mussten begründet und Früherkennungsprogramme von „Nicht-Programmen“ abgegrenzt werden.

3.2.2 Definition von Programm versus Nicht-Programm

Als Früherkennungsprogramme im weitesten Sinne werden in dieser Arbeit alle Angebote definiert, die über bloße Leitlinienempfehlungen hinausgehen und mit verbindlichen und einheitlichen Regeln bei der Untersuchung, der Umsetzung und/oder der Organisation der Früherkennungsangebote einhergehen. Wenn beispielsweise eine Untersuchung mit einer eigenen Ziffer abgerechnet werden kann und für die Abrechnung bestimmte Elemente in der Untersuchung enthalten sein müssen, wird das Angebot in der vorliegenden Arbeit als Programm bezeichnet, auch wenn beispielsweise kein *call-/recall*-System oder strukturierte Aktualisierungsprozesse bestehen, was einem Programm im engeren Sinne entsprechen würde.

3.2.3 Schlüsselinformanteninterviews

Bei Schlüsselinformanteninterviews (*key-informant-interviews*) handelt es sich um eine Technik, die ursprünglich aus dem Bereich der Ethnographie (beschreibende Völkerkunde) stammt (Gilchrist & Williams, 1999) und erst nach und nach auch in andere Fachgebiete Einzug erhalten hat. Das Potential dieser Methode liegt darin, in effizienter Weise qualitative und deskriptive Daten zu sammeln, die sonst – wenn überhaupt – nur

schwierig oder nur unter großem Zeitaufwand (z.B. im Rahmen einer Fragebogenuntersuchung) zu erheben wären (Tremblay, 1957).

Gilchrist und Williams (1999) haben den Begriff „Schlüsselinformant“ näher erläutert: Der *Informant* ist die Person, die mit dem Forscher Informationen teilt. Die Art der Information ist immer vom subjektiven Erleben des Informanten geprägt. Als Schlüsselinformanten bezeichnet man die Person deshalb, weil sie für den Forscher den *Schlüssel* zum Verständnis seines Forschungsgegenstandes bildet. Schlüsselinformanten unterscheiden sich von anderen Informanten durch ihr besonderes Verhältnis sowohl zum Forschungsgegenstand als auch zum Forscher. Sie sind bereit, ihr Wissen mit dem Forscher zu teilen und sie verfügen über einen Zugang zu Perspektiven oder Beobachtungen, der dem Forscher als Außenstehendem ohne die Schlüsselinformanten verwehrt bliebe.

Das *Interview* meint normalerweise eine formalisierte Art der Kommunikation. Wichtig ist, dass bei einem Interview niemals reine Informationen übermittelt werden, sondern immer auch die Interpretation von Informationen durch den Schlüsselinformanten selbst (Gilchrist & Williams, 1999).

Durch diese Merkmale sind Schlüsselinformanteninterviews sehr gut dazu geeignet, wenig erforschte Themengebiete zu explorieren und neue Forschungsfelder zu erschließen. Besonders in Kombination mit anderen Methoden, wie z.B. Dokumentanalyse, Fokusgruppen, teilnehmender Beobachtung, Fragebogenerhebungen, etc., können sie einen wichtigen Beitrag zum umfassenderen Verständnis eines Themas liefern (Sofaer & Luciano, 1999). Dies rechtfertigte ihre Anwendung bei der Frage nach den Hintergründen zu Implementierung, Organisation und Struktur von Präventionsmaßnahmen im Rahmen der vorliegenden Arbeit.

3.2.4 Länder/Gesundheitssysteme der Stichprobe

In den Vergleich wurden die Länder Deutschland, England, die Schweiz, Norwegen, Spanien, Kanada und die Vereinigten Staaten von Amerika einbezogen. Die Auswahl der Länder erfolgte unter verschiedenen Gesichtspunkten. Zum einen sollten Gesundheitssysteme mit unterschiedlichen Finanzierungsmodellen betrachtet werden. Dies führte zur Einbeziehung von Deutschland und England, denn das deutsche Gesundheitssystem beruht auf dem Sozialversicherungsmodell, wohingegen das englische Gesundheitswesen in der Hauptsache durch Steuern finanziert wird. Damit wurden zwei Prototypen von Finanzierungsmodellen im Gesundheitssystem – nämlich nach „Bismarck“ und „Beveridge“ – in den Vergleich aufgenommen. Bei dem Bismarck-Modell handelt es sich um ein aus Sozialversicherungen finanziertes Gesundheitssystem, wohingegen beim Beveridge-Modell das Gesundheitssystem zum größten Teil durch Steuereinnahmen finanziert wird (Lameire, Joffe, & Wiedemann, 1999).

Die Schweiz und Norwegen gelten beide als Länder mit vorbildlichen Gesundheitssystemen und sind – anders als die übrigen europäischen Länder dieser Untersuchung – nicht Mitglieder der Europäischen Union, so dass eine gewisse Sonderrolle denkbar war. Darüber hinaus stellt Norwegen einen Vertreter der nördlichen Länder Europas dar, dem wiederum Spanien als Vertreter des südlichen Europas gegenübergestellt wurde. Auch außer-europäische Länder sollten untersucht werden: Dies führte zur Einbeziehung von Kanada und den USA. In Kanada werden Leistungen im Gesundheitswesen überwiegend staatlich finanziert und von privaten Anbietern erbracht (sog. *single-payer-System*) (Marchildon, World Health Organization & European Observatory on Health Systems

and Policies, 2013). In den USA herrscht eine Mischung aus Markt- und Staatssystemen (Docteur, Suppan, & Woo, 2003).

Sowohl in Kanada als auch in den USA bestehen mit den sog. *Task Forces* Einrichtungen, die sich eingängig mit der Evaluierung von Präventionsmaßnahmen befasst haben. Die beiden Länder wurden u.a. in die Untersuchung aufgenommen, um zu analysieren, inwieweit die Empfehlungen der *Task Forces* dort auch in der Praxis Anwendung finden. In einigen Ländern mit betont föderalistischen (aber nach einheitlichen Prinzipien gestalteten) Gesundheitssystemen konnten ebenfalls nicht die Länder als Ganzes betrachtet werden, sondern nur ein einzelner Regierungsbezirk bzw. eine einzelne Region. Beispiele dafür sind Kanada, die Schweiz und Spanien. Welche Region ausgewählt wurde, hing vor allem von pragmatischen Gesichtspunkten ab; in den gewählten Regionen waren die benötigten Informationen gut zugänglich und übersichtlich dargestellt. In Kanada wurde die Provinz British Columbia (B.C.) ausgewählt, in der Schweiz wurde der Kanton Fribourg untersucht und stellvertretend für Spanien wurden Daten aus der Autonomen Region Castilla y León erhoben.

Trotz der begrenzten Stichprobengröße von sieben Ländern, spiegelt die Auswahl eine relativ große Vielfalt wider. Es wurden nicht nur unterschiedliche Finanzierungsmodelle, sondern auch unterschiedliche geographische und politische Aspekte betrachtet. Außerdem fanden sich in der Auswahl sowohl Länder mit einem Primärarztssystem, in denen der Hausarzt als sog. *gatekeeper* auftritt, als auch Länder, in denen dies nicht der Fall ist.

3.2.5 Aspekte der Früherkennungsuntersuchung

In der vorliegenden Arbeit sollten jene Aspekte von Gesundheitsuntersuchungen und Früherkennungsprogrammen Beachtung finden, bei denen ein Vergleich praktikabel schien und die dazu beitrugen, ein möglichst umfassendes Bild der jeweiligen Versorgungssituation zu zeichnen.

Es konnten drei Hauptkategorien gebildet werden:

Die erste Kategorie stellte die Inhalte der Untersuchung dar, die zweite Hauptgruppe behandelte Aspekte in der Organisation und Umsetzung der Untersuchung und unter dem dritten Punkt wurde auf den Systemkontext eingegangen.

Ziel der ersten Hauptkategorie war darzustellen, welche Krankheiten durch das Angebot verhindert werden sollten, wer als anspruchsberechtigt galt und welche Untersuchungen zum Einsatz kamen.

Die zweite Hauptgruppe umfasste die Punkte, die die Umsetzung des Untersuchungsprogramms betrafen. Die einzelnen Elemente bezogen sich dabei u.a. sowohl auf Aspekte der Finanzierung (Vergütung des Leistungserbringers, Selbstbeteiligung des Patienten) als auch auf konkrete Aspekte in der Durchführung der Untersuchung (Versorgungseinrichtung, beteiligte Berufsgruppen). Außerdem wurden patientenbezogene Punkte abgefragt, also z.B. Anreize zur Teilnahme, Untersuchungsintervall und Aufforderung zur Teilnahme. Als quantitatives Element wurde die Teilnehmerquote abgefragt. Weitere Punkte betrafen die Dokumentation der Untersuchung und die Konsequenzen, die sich aus den Befunden ergeben.

Die dritte Hauptgruppe beleuchtete einige Aspekte, die von dem übergeordneten Gesundheitssystem abhingen. Unter diese Kategorie fielen z.B. die Art der Finanzierung des Gesundheitswesens (Steuern vs. Sozialversicherungsbeiträge) und die Art der Zugangswege (*gatekeeper*-System vs. freie Arztwahl). Darüber hinaus wurde darauf eingegangen, wer der Kostenträger der Früherkennungsuntersuchung war. Die letzten Aspekte gingen auf die Prozesse ein, die den Hintergrund der Vorsorgeuntersuchung bildeten, insbesondere Gestaltungs- und Aktualisierungsprozesse.

3.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung fand in den Zeiträumen von Januar bis August 2010 und Januar bis August 2012 mittels Internetrecherche und Schlüsselinformanteninterviews statt.

3.3.1 Internetrecherche

Das Material für die vorliegende Arbeit bildeten öffentlich zugängliche Informationen, die u.a. aus Richt- oder Leitlinien, Gesetzestexten, Patientenbroschüren, den Leistungskatalogen der Krankenversicherer oder Publikationen zum Thema stammten. Sie waren über das Internet zugänglich oder konnten bei Mitarbeitern der entsprechenden Instanzen telefonisch oder via E-Mail erfragt werden.

3.3.2 Durchführung der Schlüsselinformanteninterviews

Die Schlüsselinformanteninterviews kamen im letzten Teil der Datenerhebung zum Einsatz. Pro Land wurde mit Hilfe eines Interviewleitfadens (s. Anhang 8.1 und 8.2) jeweils ein teilstrukturiertes etwa 30-minütiges Telefoninterview mit einem Arzt der

Primärversorgung geführt. Auf diese Weise wurde in der Untersuchung auch die Perspektive von Hausärzten – die in vielen Fällen die Hauptakteure der medizinischen Prävention darstellen – berücksichtigt. Außerdem wurde so die Möglichkeit gegeben, Informationen zur Divergenz von Theorie und Praxis bei der Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen zu erfassen, die bei alleiniger Internetrecherche nicht zu erheben gewesen wären.

3.3.2.1 Auswahl der Schlüsselinformanten

Die Schlüsselinformanten waren Ärzte der Primärversorgung, die sich nach Emailanfragen bereit erklärten, an meinem Projekt teilzunehmen. Die Schlüsselinformanten von Deutschland, Norwegen, England und Castilla y León waren mit meinem Doktorvater bekannt, auf die Schlüsselinformanten für Fribourg und British Columbia stieß ich während der Internetrecherche und der Kontakt zur Schlüsselinformantin von Group Health wurde durch den *Senior Media Consultant* von Group Health vermittelt. Mit ihrem Einverständnis werden hier die Namen der Schlüsselinformanten genannt:

Tabelle 3: Schlüsselinformanten

Land	Schlüsselinformant	Interviewdatum
Deutschland	Johannes Hauswaldt	06.07.2010
England, Großbritannien	Ulrich Freudenstein	08.07.2010
Norwegen	Harald Kamps	13.07.2010
Fribourg, Schweiz	Stefan Neuner-Jehle	06.08.2010
British Columbia, Kanada	Jim Thorsteinson	04.08.2010
Castilla y León, Spanien	Juan Gervas	23.07.2012
Group Health, USA	Barbara Schinzinger	28.08.2012

3.3.2.2 Die Interviewleitfäden

Die Interviews fanden als teilstrukturierte Telefoninterviews anhand eines Interview-Leitfadens (s. Anhang) statt.

Die Interviews wurden in deutscher und in englischer Sprache geführt und für beide Sprachen wurde ein Leitfaden erstellt. Nach einer kurzen Einleitung über das Projekt und die Absichten des Interviews folgten zunächst Fragen zur Person und ärztlichen Tätigkeit des Interviewten. Danach wurden konkrete Fragen zu den Früherkennungsprogrammen gestellt und es wurde um die Einschätzung und Beurteilung der Programme durch die Primärärzte gebeten. Abschließend wurde nach Kritikpunkten und Änderungsvorschlägen gefragt.

Die Interviews wurden mittels sog. *Telefon-Pickup* digital aufgezeichnet und anschließend schriftlich zusammengefasst. Eine Transkription war nicht notwendig, da es um die Vermittlung von konkreten Inhalten und nicht von non-verbalen Informationen o.ä. ging.

3.4 Daten: Darstellung und Analyse

Für das Zusammentragen der Daten wurde das Programm Microsoft® Excel verwendet. Es wurde eine Datenbank erstellt, in der die Einzelinformationen aufgrund der begrenzten Stichprobengröße als übersichtliche Matrix dargestellt werden konnten. Für jedes Land wurde in der Excel-Arbeitsmappe ein eigenes Tabellenblatt angelegt, so dass die vorher erstellte Matrix auf jedes Land angewendet und mit den entsprechenden Informationen zu dem jeweiligen Präventionsprogramm und betrachtetem Gesundheitssystem ausgestaltet werden konnte. Die Excel-Tabelle bot den Vorteil, dass gegebenenfalls Elemente nachträglich

hinzugefügt werden konnten, um auf neue Erkenntnisse bei der Recherche einzugehen.

Am Schluss der Tabelle wurde ein Feld für Kommentare und Anmerkungen eingerichtet, die nach ihren Ursprüngen, also Schlüsselinformanten, Publikationen zum Thema oder Kommentare der Untersucherin, aufgeschlüsselt wurden. Auf diese Weise bot die Datenbank nicht nur den erhobenen Informationen Platz, sondern berücksichtigte auch Auffassungen und Ansichten Beteiligter sowie Raum für Überlegungen über mögliche Zusammenhänge.

Probleme traten bei den Ländern auf, in denen kein Programm im Sinne dieser Arbeit existierte und die damit aus dem Raster der Matrix fielen. Bei diesen Ländern wurde die Matrix so weit wie möglich ausgefüllt, die übrigen Ergebnisse in Textform verfasst und in der Matrix ein Querverweis zu der entsprechenden Datei hinterlegt.

Für die Analyse der Daten wurden wiederum Tabellen erstellt, die – ausgehend von den drei Früherkennungsprogrammen – nach Untersuchung, Umsetzung und Organisation unterteilt wurden. So konnte man die einzelnen Merkmale von Früherkennungsprogrammen in den verschiedenen Ländern einander gegenüberstellen. Abschließend wurde versucht, programmübergreifende Trends innerhalb der jeweiligen Länder herauszuarbeiten. Es wurde also sowohl eine sog. *within-case*- als auch eine *cross-case*-Analyse vorgenommen (s. Kapitel 3.1.3). Dadurch konnten zum einen die einzelnen Früherkennungsprogramme innerhalb eines Landes und zum anderen die Länder untereinander verglichen werden.

4 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse zu den Früherkennungsuntersuchungen und -angeboten in den unterschiedlichen Ländern erfolgt zunächst faktisch-deskriptiv.

Eingangs werden in diesem Kapitel einige Systemeigenschaften der jeweiligen Länder vorgestellt. Den Hauptteil bildet die Darstellung der untersuchungs-, umsetzungs- und organisationsbezogenen Angebotsmerkmale, die bei der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gebärmutterhals- und Brustkrebsfrüherkennungsprogrammen in den jeweiligen Ländern untersucht wurden.

4.1 Eigenschaften der Gesundheitssysteme in der Stichprobe

In Tabelle 4 sind verschiedene Systemeigenschaften der Gesundheitssysteme der Stichprobe aufgeführt. Deutschland stellt mit 70 Mio. Versicherten in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) die größte Anzahl Nutzungsberechtigter des Gesundheitswesens. Das staatliche Gesundheitssystem von Großbritannien, der *National Health Service* (NHS), untergliedert sich in vier Untereinheiten, nämlich *NHS England*, *NHS Scotland*, *NHS Wales* und *Health and Social Care in Northern Ireland* (HSENI). In dieser Arbeit wird nur der NHS England betrachtet, der mit etwa 50 Mio. potentiellen Nutzern an zweiter Stelle dieser Stichprobe steht, gefolgt von Norwegen (ca. 5 Mio.), der kanadischen Provinz British Columbia (ca. 4 Mio.), der spanischen Autonomen Region Castilla y León (ca. 2,5 Mio.), der US-amerikanischen *managed-care-organization* Group Health (ca. 660.000) und dem Schweizer Kanton Fribourg (ca. 280.000). Diese Daten erlauben Rückschlüsse auf die Größenordnung der Zielgruppe, die theoretisch für die jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen

(kardiovaskuläre Primärprävention, gynäkologische Sekundärprävention) anspruchsberechtigt ist.

Neben der Größe des Versichertenkollektivs wurde auch die Finanzierung der Gesundheitssysteme berücksichtigt. Diese erfolgt auf sehr unterschiedlichen Wegen. Deutschland ist das einzige Land der Stichprobe, dessen öffentliches Gesundheitssystem ausschließlich durch einkommensabhängige Sozialversicherungsbeiträge finanziert wird (Bismarck-Modell); Spaniens Gesundheitswesen hingegen finanziert sich allein aus allgemeinen Steuern (Beveridge-Modell). In der Schweiz müssen die Versicherten Beiträge in Form von Kopfpauschalen zahlen (diese Beiträge sind, anders als in Deutschland, nicht abhängig vom Einkommen) und bei Group Health werden für die Mitglieder Versicherungsprämien fällig, die abhängig sind von der gewünschten Versicherungspolice. In den anderen Ländern der Stichprobe herrschen Mischformen, bei denen die Finanzierung zu unterschiedlichen Anteilen aus Steuergeldern und Sozialversicherungsbeiträgen erfolgt.

Für eine Selbstbeteiligung müssen Patienten in Deutschland, Norwegen und in der Schweiz aufkommen. In Deutschland mussten die Patienten bisher die sog. Praxisgebühr von 10 € pro Quartal entrichten¹ und müssen auch für Medikamente, Heilmittel und eine stationäre Krankenhausbehandlung aufkommen, die aber eine festgesetzte Obergrenze vom Einkommen nicht überschreiten darf. In Norwegen fällt der sog. *egenandel* (deutsch: Eigenanteil) an. Auch dieser darf nicht über

¹ Die Abschaffung der Praxisgebühr ab dem 01.01.2013 wurde am 14.12.2012 durch den Bundesrat beschlossen. Vgl.: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/veranstaltungen-und-news/abschaffung-praxisgebuehr.html> [17.12.2012]

einen bestimmten, von der Regierung jährlich festgesetzten Höchstsatz hinausgehen. In der Schweiz muss der Patient für die sog. Jahresfranchise und den Selbstbehalt aufkommen. Die Jahresfranchise bezeichnet dabei einen fixen Betrag, mit dem man sich an den Behandlungskosten beteiligen muss. Übersteigen die Behandlungskosten den Betrag der Jahresfranchise, muss ein bestimmter Anteil der Kosten vom Versicherten getragen werden. Dies ist der Selbstbehalt, der zurzeit bei 10% liegt. Die Höhe der Kostenbeteiligung wird – wie in Norwegen – durch einen festgesetzten Höchstbetrag begrenzt. Die hier aufgeführten Merkmale zur Selbstbeteiligung sind auf die reguläre medizinische Versorgung des Patienten bezogen. Je nach Gesundheitssystem können diese bei den verschiedenen Früherkennungsuntersuchungen im Sinne finanzieller Anreize für die Anspruchsberechtigten auch entfallen.

Die Systeme innerhalb der Stichprobe dieser Arbeit wurden auch nach den Zugangswegen zum Gesundheitswesen differenziert. Als sog. *gatekeeper* tritt der Hausarzt in England, Norwegen, Spanien, British Columbia und bei Group Health auf. Dies soll zu verbesserter Kontinuität und Koordination der Versorgung der Patienten beitragen. In Deutschland und der Schweiz sind die Zugangswege auch zum Spezialisten relativ frei, d.h. eine Koordination der Versorgung durch einen Hausarzt mit *gatekeeper*-Funktion findet nur informell und begrenzt statt.

Tabelle 4: Übersicht Gesundheitssysteme/Länder

	Deutschland	UK England	Norwegen	Schweiz Fribourg	Spanien Castilla y León	Kanada British Columbia	USA Group Health
Größe							
<i>Einwohnerzahl Land</i> ^{#1}	82 Mio	62,7 Mio	4,7 Mio	7,6 Mio	42 Mio	34 Mio	313 Mio*
<i>Einwohnerzahl Gliedstaat/Anzahl Versicherter</i> ^{#2}	70 Mio	52 Mio	-	278.500	2,5 Mio	4,4 Mio	660.000
Finanzierung des Gesundheitssystems							
<i>aus allgemeinen Steuern</i> ^{#3}	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✗
<i>aus Sozialversicherungs- beiträgen/Prämien</i> ^{#4}	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
<i>Selbstbeteiligung Patient</i> ^{#5}	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✗
Hausarzt als gatekeeper ^{#6}	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓

✓	ja	✗	nein	#	Verweisnummer für Quellenangabe, s. nächste Seite
*	7,2 Mio Einw. im Einzugsgebiet von Group Health (North Idaho & Washington State) (vgl. www.wikipedia.com [10.02.2014])				

Quellenangaben

Deutschland

- #1 CIA. The World Factbook. URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/gm.html> [18.04.2012]
- #2 GKV-Spitzenverband (Homepage): http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp [15.07.2012]
- #3 Squires D. International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund, Nr. 1417. 2010. URL: http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1417_Squires_Intl_Profiles_622.pdf [15.07.2012]
- #4-6 Ibid.

England (Großbritannien)

- #1 CIA. The World Factbook. URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/uk.html> [15.07.2012]
- #2 Office for National Statistics. Annual Mid-year Population Estimates, 2010. 2011. URL: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/popestimate/population-estimates-for-uk--england-and-wales--scotland-and-northern-ireland/mid-2010-population-estimates/annual-mid-year-population-estimates--2010.pdf> [15.07.2012]
- #3 Emmert M. Pay for Performance (P4P) im Gesundheitswesen - Ein Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Schriften zur Gesundheitsökonomie 15. HERZ. Burgdorf 2008.
- #4-6 Ibid.

Norwegen

- #1 CIA. The World Factbook. URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/no.html> [15.07.2012]
- #3 Directorate of Health. Health creates welfare - the role of the health system in Norwegian society - Trends in the health sector. 2008. URL: <http://www.helse.direktoratet.no/english/publications/health-creates-welfare--the-role-of-the-health-system-in-norwegian-society/Publikasjoner/health-creates-welfare-the-role-of-the-health-system-in-norwegian-society.pdf> [15.07.2012]
- #4 Ibid.
- #5,6 Schölkopf M, Philippi B. Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich - Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik. Berlin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2008.

Fribourg (Schweiz)

- #1 CIA. The World Factbook. URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sz.html> [15.07.2012]
- #2 Schweizerische Eidgenossenschaft. STAT-TAB - Die interaktive Statistikdatenbank. Bevölkerungsstand und -bewegung. URL: http://www.pxweb.bfs.admin.ch/Dialog/varval.asp?ma=px-d-012A01&ti=St%E4ndige+und+Nichtst%E4ndige+Wohnbev%F6lkerung+nach+Region%2C+Geschlecht%2C+Nationalit%E4t+und++Alter&path=../Database/German_01%20-

%20Bev%F6lkerung/01.2%20-%20Bev%F6lkerungsstand%20und%20-
bewegung/&lang=1&prod=01&open Child=true&secprod=2 [15.07.2012]

#3 Funk K. Gesundheitspolitik in internationaler Perspektive.

Bundeszentrale für politische Bildung. 2010. URL: <http://www.bpb.de/apuz/32395/gesundheits-politik-in-internationaler-perspektive?p=all> [15.07.2012]

#4-5 Ibid.

#6 Schlüsselinformanteninterview mit Stefan Neuner-Jehle am 06.08.2010

Castilla y León (Spanien)

#1 CIA. The World Factbook. URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/sp.html> [15.05.2012]

#2 Instituto Nacional de Estadística. Populations by Autonomous Regions and Cities and sex. Municipal Register 2011. URL: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e260/a2011/l1/&file=ccaa01.px&type=pcaxis&L=1> [15.07.2012]

#3 Ministry of Health and Social Policy, Health Information Institute. National Health System – Spain 2010. Madrid 2010. URL: <http://www.msps.es/en/organizacion/sns/libroSNS.htm> [15.07.2012]

#4-5 Ibid.

#6 Gervas J, Pérez Fernández M, Starfield BH. Primary care, financing and gatekeeping in western Europe. *Fam Pract.* 1994 Sep;11(3):307-17.

British Columbia (Kanada)

#1 CIA. The World Factbook. URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ca.html> [27.01.2012]

#2 British Columbia Homepage. BC Facts. URL: www.gov.bc.ca/bcfacts/ [15.07.2012]

#3 Health Canada. Canada's Health Care System. URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-eng.php> [15.07.2012]

#4-5 Ibid.

#6 WHO, European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition. HIT Summary Canada. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/98831/E87954sum.pdf [15.07.2012]

Group Health (USA)

#1 CIA. The World Factbook. URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/us.html> [14.01.2012]

#2 Group Health Cooperative. Fast Facts About Group Health. Juli 2012. URL: http://www.ghc.org/about_gh/co-op_overview/fastFacts.jhtml [15.07.2012]

#3 Emmert, M. Pay for Performance (P4P) im Gesundheitswesen – Ein Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Schriften zur Gesundheitsökonomie 15. HERZ. Burgdorf 2008

#4 Group Health Cooperative. Groupe Health Overview. URL: http://www.ghc.org/about_gh/co-op_overview/index.jhtml [14.01.2012]

#5 Ibid.

#6 Emailantwort von Dino Norris, Customer Service Representative, Group Health, vom 18.01.2012

4.2 Angebote zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Angebote zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in den Ländern dieser Stichprobe sehr heterogen. Im Folgenden werden zunächst die Länder bzw. Systeme vorgestellt, auf die die in Kapitel 4.1 erläuterten Kriterien zur Definition als Programm zutreffen und anschließend werden die drei Systeme behandelt, bei denen dies nicht der Fall ist.

4.2.1 Programme zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Programme im weitesten Sinne zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen finden sich in Deutschland, England, British Columbia und bei Group Health. In den nächsten Abschnitten werden die einzelnen Elemente zur Untersuchung, Umsetzung und Organisation der Früherkennungsprogramme für kardiovaskuläre Erkrankungen betrachtet.

4.2.1.1 Untersuchung

Im Folgenden und zusammenfassend in Tabelle 5 werden zunächst die untersuchungsbezogenen Elemente dargestellt.

Das Angebot in **Deutschland** zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist die Gesundheitsuntersuchung (GU), auch *check-up* 35 genannt. Diese Untersuchung hat einen programmartigen Charakter, da sie mit einer bestimmten Ziffer abgerechnet werden kann und die Untersuchungsinhalte, die Untersuchungshäufigkeit und die Zielgruppe gesetzlich geregelt sind. Das Angebot richtet sich an Männer und Frauen ab 35 Jahren, es wird nicht nach Geschlechtern differenziert. Die Untersuchungsinhalte umfassen die Erhebung einer ausführlichen Anamnese, eine

Ganzkörperuntersuchung und Blutdruckmessung sowie die Bestimmung von Gesamtcholesterin und Glucose im Serum sowie einen Harnstreifentest. Die gesetzlich Versicherten haben alle zwei Jahre Anspruch auf die Untersuchung.

In **England** wird derzeit schrittweise der *NHS Health Check* landesweit eingeführt. Dieser hat von den hier untersuchten Angeboten zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen den stärksten Programmcharakter. Er ist für Männer und Frauen zwischen 40 und 74 Jahren vorgesehen, wobei ebenfalls keine geschlechtsspezifischen Untersuchungen angeboten werden. In der Untersuchung werden Alter, Geschlecht, Raucher-Status, Familienanamnese von kardiovaskulären Erkrankungen, ethnische Zugehörigkeit, Gesamtcholesterin und HDL sowie BMI und Blutdruck erhoben. Bei Verdacht auf Diabetes mellitus können auch die Nüchtern-Glucose oder der HbA_{1c}-Wert im Serum bestimmt werden.

Im Anschluss erfolgt die Berechnung des 10-Jahres-Risikos für das Eintreten kardiovaskulärer Ereignisse mittels spezifischer Risikokalkulatoren, z.B. *Framingham*- oder *QRisk2-Calculator*². Der *NHS Health Check* kann alle fünf Jahre in Anspruch genommen werden.

² Der *Framingham*-Risikorechner bezieht die Risikofaktoren Alter, Geschlecht, Diabetes, Rauchen, behandelter oder unbehandelter systolischer Blutdruckwert sowie Gesamtcholesterin und HDL bzw. zur Vereinfachung den BMI (als Ersatz für die Lipide) mit ein. URL: <http://www.framinghamheartstudy.org/risk/gencardio.html> [08.08.2012] Der *QRisk2-Calculator* berücksichtigt darüber hinaus auch noch die ethnische Zugehörigkeit, die Postleitzahl des Wohnorts innerhalb des UK, Familienanamnese bei Verwandten 1. Grades, chronische Nierenerkrankungen, Vorhofflimmern und rheumatoide Arthritis sowie sowohl Cholesterin/HDL-Quotient als auch BMI. URL: <http://qrisk.org/> [08.08.2012]

In **British Columbia** existiert eine *personal health risk assessment fee*. Hierbei handelt es sich um eine Anreizzahlung für Ärzte, die eine verbesserte Abrechnung von Lebensstilberatung und Risikostratifizierung ermöglichen soll und im Jahr 2011 in Erweiterung des sog. *Family Practice Incentive Program* eingeführt wurde. Es handelt sich dabei um ein Programm, das eingeführt wurde, um das Fach Allgemeinmedizin für Ärzte attraktiver zu machen und um die hausärztliche Versorgung in British Columbia zu verbessern.³

Die Anspruchsberechtigung wird nicht über das Alter gesteuert, sondern über das Vorhandensein von mindestens einem der vier Risikofaktoren Rauchen, körperliche Inaktivität (<30 min. mehrmals pro Woche), Adipositas (BMI >30) und ungesunde Ernährung (kalorien-, fett- und cholesterinreich, ballaststoffarm). Konkrete Untersuchungsinhalte sind dabei nicht festgelegt. Ziel des Angebots ist einerseits den Patienten auf seine Risikofaktoren und speziell darauf abzielende Präventionsmaßnahmen anzusprechen und andererseits dem Patienten einen Überblick über die in seinem Alter sinnvollen allgemeinen Präventionsmaßnahmen zu liefern. Dabei soll sich der Hausarzt nach den entsprechenden Leitlinien und den Empfehlungen der Fachgesellschaften richten (z.B. *Lifetime Prevention Schedule*, s. Anhang 8.3). Um die Bonuszahlung geltend machen zu können, muss der Arzt das Gespräch und den gemeinsam mit dem Patienten aufgestellten Handlungsplan dokumentieren. Zur Unterstützung bei der Umsetzung der aufgestellten Ziele können

³ Vgl. General Practices Service Committee Website: <http://www.practice-support.bc.ca/> [08.10.2012]

dem Patienten verschiedene Internetressourcen an die Hand gegeben werden und er kann an provinzweite Programme verwiesen werden, wie z.B. Raucherentwöhnungsprogramme oder Ernährungsberatungen. Da die Untersuchung aber nur einmal pro Jahr und pro Patient abgerechnet werden kann und es sich um ein Angebot handelt, dass sich an die behandelnden Ärzte richtet, ist der Programmcharakter nur als eingeschränkt zu werten. Der Arzt entscheidet, wie häufig er einen Patienten in Hinblick auf dessen Risikoverhalten untersucht. Bei Patienten mit hohem Risiko kann eine jährliche Untersuchung sinnvoll sein, es ist aber Ermessenssache des Arztes bei geringerem Risiko die Untersuchung in einem zwei- bis dreijährigen Intervall anzubieten. Dem Arzt wird also bei diesem Angebot sehr viel Freiraum gegeben.

Health Maintenance Organizations wie **Group Health** in den USA wird ein besonders hohes Interesse an Prävention und Früherkennung unterstellt, da sie durch ihre integrierte Versorgungsstruktur als Leistungserbringer und Versicherer innerhalb eines Unternehmens ein möglichst gesundes Patientenkollektiv haben wollen. Auch bei Group Health nimmt Prävention generell einen hohen Stellenwert ein. So werden den Versicherten regelmäßige *well-care-visits* angeboten, die unabhängig oder in Verbindung mit dem Ausfüllen des sog. *health profile* stattfinden können. Die Inhalte der *well-care-visits* und des *health profile* sind recht umfassend. In Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden beim *well-care-visit* regelmäßige Blutdruck- und Cholesterinchecks angeboten. Diese sind alters- und geschlechtsspezifisch. Bei Frauen wird ab 45 Jahren alle fünf Jahre das Gesamt- und HDL-Cholesterin gemessen, bei Männern bereits

ab 35 Jahren. Blutdruckmessungen erfolgen ab denselben Altersstufen alle zwei Jahre; ab 65 Jahren wird sowohl bei Männern als auch bei Frauen in jährlichen Abständen gemessen. Alle Personen zwischen 55 und 75 Jahren, die in ihrem Leben mehr als 100 Zigaretten geraucht haben oder eine positive Familienanamnese haben, sollen einmalig eine Ultraschalluntersuchung auf ein abdominelles Aortenaneurysma (AAA) erhalten. Daneben existieren mit dem sog. *health profile* auch patientenbezogene Ansätze. Beim *health profile* handelt es sich um alters- und geschlechtsadaptierte Fragebögen, die die Patienten jährlich ausfüllen sollen, um ihren Lebensstil und ihr allgemeines Erkrankungsrisiko erfassen und mit dem Hausarzt besprechen zu können.

Tabelle 5: Untersuchungsbezogene Elemente von Früherkennungsprogrammen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

	Deutschland	UK England	Kanada British Columbia	USA Group Health
Angebots- bezeichnung^{#7}	Gesundheitsun- tersuchung (check-up 35)	NHS Health Check	personal health risk assessment fee	well-care-visit, health profile
Programm- charakter^{#8}	✓	✓	(✓)	✓
Zielgruppe^{#9}	Ab 35 J	40-74 J	Vorhandensein von RF*	Group-Health- Versicherte
Differenzierung nach Geschlecht^{#10}	✗	✗	✗	✓
Eingesetzte Untersuchungen:				
<i>Anamnese^{#11}</i>	✓	✓	nicht festgelegt	✓
<i>Körperliche Untersuchung^{#12}</i>	Ganzkörperunt. Blutdruck	BMI, Blutdruck	nicht festgelegt	Blutdruck
<i>Labor^{#13}</i>	Gesamt- cholesterin und Glucose, Harnstreifentest	Gesamt- cholesterin, HDL, evtl. Nüchtern- glucose/ HbA1c	nicht festgelegt	Gesamtcholesterin, HDL
<i>Apparative Untersuchung^{#14}</i>	✗	✗	nicht festgelegt	Ultraschall für AAA
Häufigkeit^{#15}	alle 2 J	alle 5 J	Abrechnung 1x/Jahr/Pat.	Abhängig von Alter, Geschlecht, Test***

✓ ja

✗ nein

Verweisnummer für Quellenangabe, s. nächste Seite

* Rauchen, körperliche Inaktivität, ungesunde Ernährung, Fettleibigkeit

*** Frauen 45-75 Jahre: Cholesterin alle 5 Jahre, Blutdruck alle 2 Jahre;
Männer 35-75 Jahre: Cholesterin alle 5 Jahre, Blutdruck alle 2 Jahre;
Frauen und Männer > 65 Jahre: jährlich Blutdruck; Männer und
Frauen zwischen 55-75 Jahren, die eine positive Familien-Anamnese
oder mehr als 100 Zigaretten geraucht haben: einmalig Ultraschall
auf ein abdominelles Aortenaneurysma (AAA)

(✓) Programmcharakter nur eingeschränkt (Anreizzahlung für Ärzte)

Quellenangaben

Deutschland

#7 Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die GU zur Früherkennung von Krankheiten in der Fassung vom 24. August 1989, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 BAnz. Nr. 34 (S. 864) vom 02.03.2011, abrufbar unter URL: <http://www.gba.de/informationen/richtlinien/10/> [17.07.2012]

#8-15 Ibid.

England (Großbritannien)

#7 NHS Health Check Programme. Putting Prevention First – NHS Health Check – Vascular Risk Assessment and Management – Best Practice Guidance. April 2009. URL: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_098410.pdf [17.07.2012]

#8-15 Ibid.

British Columbia (Kanada)

#7 GP Services Committee. Prevention Incentives. 2011. URL: <http://www.gpscbc.ca/system/files/GPSC%20Prevention%20Initiative%20Billing%20Guide-Revised%202011.pdf> [17.07.2012]

#8-15 Ibid.

Group Health (USA)

#7 Group Health Cooperative Webpage. Adult Wellness Visit Questionnaire. 2012. URL: <https://member.ghc.org/public/healthAndWellness/index.jhtml?item=/common/healthAndWellness/tests/recommendedTests/adultVisits.html> [17.07.2012]

#8 Group Health Cooperative. Well-adult schedules – Screenings and immunizations for preventive care. 2010. URL: <https://provider.ghc.org/open/caringForOurMembers/patientHealthEducation/Welladult.pdf> [17.07.2012]

#9-15 Ibid.

4.2.1.2 Umsetzung

Die **Berufsgruppe**, die an der Umsetzung der Früherkennungsangebote zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen beteiligt ist, wird in allen Systemen (Deutschland, England, British Columbia, Group Health) in erster Linie durch die Hausärzte gestellt. In England werden neben Hausärzten auch *practice nurses* (speziell ausgebildete Krankenschwestern) und – da die Untersuchung z.T. auch in Apotheken angeboten wird – speziell geschultes Apothekenpersonal für die Durchführung der Untersuchung eingesetzt. Dies soll einen niederschweligen Zugang zum Programm ermöglichen.

Aufforderungen zur Teilnahme finden sich bei den Programmen in England und bei Group Health, den beiden einzigen bevölkerungsbasierten Programmen innerhalb dieser Stichprobe. Für den *NHS Health Check* werden an die anspruchsberechtigten Personen Einladungsschreiben versandt, die über das Angebot informieren und zur Teilnahme auffordern. Group Health verschickt grundsätzlich jährlich „Geburtstagsbriefe“ an die Versicherten, die an die anstehenden altersabhängigen Screeningtests, erinnern. Ob diese Verfahren Konsequenzen auf die Inanspruchnahme haben, ist allerdings schwer zu analysieren, da zur Teilnehmerrate nur Sekundärdaten vorliegen, die auf unterschiedlichen Erhebungstechniken basieren.

Grundsätzlich variiert die **Inanspruchnahme** in den verschiedenen Systemen. In Deutschland kommt man für den *check-up 35* auf Teilnehmerquoten zwischen 30 und 50%; dabei sind die Werte abhängig von der Erhebungsmethode (Auswertung von Abrechnungsdaten vs. Befragung von

anspruchsberechtigten Patienten). In England scheint die Teilnehmerrate trotz einheitlicher Datenerhebungstechnik aufgrund regionaler Unterschiede zwischen 30 und 80% zu liegen. Da sich das Programm noch im Aufbau befindet, werden genauere Daten erst im weiteren Verlauf erwartet. Für die *personal health risk assessment fee* in British Columbia waren zum Zeitpunkt dieser Arbeit noch keine Daten zur Häufigkeit der Abrechnung vorliegend, da das Angebot noch relativ neu ist. Eine interne Untersuchung von Group Health hat ergeben, dass etwa 50% der Erwachsenen alle zwei Jahre einen *well-care-visit* in Anspruch nehmen.

Werbung für die entsprechenden Angebote gibt es nur für den *NHS Health Check* in England. Die konkrete Umsetzung der Werbekampagne oblag dabei bisher noch den jeweiligen *Primary Care Trusts* (PCTs, Organisationsform im englischen Gesundheitswesen mit eigenem Budget und eigener Prioritätensetzung unter der Aufsicht des englischen Gesundheitsministeriums, diese Organisationsform wurde zum 1. April 2013 abgeschafft und durch sog. *commissioning groups* ersetzt.⁴ Die Konsequenzen, die sich daraus für den *NHS Health Check* ergeben, bleiben abzuwarten. Werbung findet sich zurzeit z.B. als Plakatwerbung auf Bussen und in Form von Flyern, Poster, etc.

Vordrucke für die **Dokumentation** von Herz-Kreislauf-Erkrankungen finden sich nur in Deutschland. Bei Group Health existieren „Vordrucke“ in der elektronischen Patientenakte. In

⁴ The Health and Social Care Act 2012: Vgl.: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/enacted> [22.05.2013]

England und British Columbia wird die Durchführung der Untersuchung nicht standardisiert in der Patientenakte dokumentiert.

Definierte Konsequenzen, die sich aus den Untersuchungsbefunden ergeben sollen, finden sich in England und bei Group Health. Insbesondere für den *NHS Health Check* gibt es festgelegte Vorgehensweisen, die bei bestimmten Befunden in Bezug auf weiterführende Diagnostik und Therapie angewendet werden sollen. Beispielsweise ist definiert, unter welchen Umständen der Patient einem Diabetologen vorgestellt werden soll oder wann eine weiterführende Nierendiagnostik bei arterieller Hypertonie durchgeführt werden soll und was diese beinhalten muss. Unabhängig von ihrem Risikoprofil sollen alle Teilnehmer am *NHS Health Check* eine Lebensstilberatung erhalten und Werkzeuge zur Lebensstiländerung an die Hand bekommen. Group Health folgt bezüglich der weiteren Behandlung und Diagnostik den vom *Group Health Research Institute* erstellten Richtlinien. Diese waren der Untersucherin allerdings nicht zugänglich.

Auch in British Columbia sind die Konsequenzen der Untersuchung definiert, allerdings sind diese etwas vage formuliert. Dem Patienten soll sein individuelles Gesundheitsrisiko bewusst werden, er soll zu einer Lebensstiländerung motiviert und die entsprechenden Maßnahmen dafür sollen gemeinsam mit ihm geplant werden. Darüber hinaus sollen andere relevante und aus präventionsmedizinischer Sicht sinnvolle Früherkennungsuntersuchungen unabhängig der spezifischen Risikofaktoren mit

dem Patienten besprochen und die Indikationen für Interventionen diskutiert werden.

Tabelle 6: Umsetzungsbezogene Elemente bei Früherkennungsprogrammen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

	Deutsch- land	UK England	Kanada British Columbia	USA Group Health
Berufsgruppen:				
<i>Hausärzte</i> ^{#16}	✓	✓	✓	✓
<i>andere Gesundheitsberufe</i> ^{#17}	✗	Practice nurse, Apotheker	✗	✗
Aufforderung zur Teilnahme ^{#18}	✗	✓	✗	✓
Inanspruchnahme ^{#19}	30%*	30-80%**	-	50%
Werbung ^{#20}	✗	✓	✗	✗
Dokumentationsvordruck ^{#21}	✓	✗	✗	✓
Definierte Konsequenzen ^{#22}	✗	✓	(✓)	✓

* abhängig von Erhebungstechnik auch höher

** abhängig von Region

- keine Daten vorliegend

(✓) Konsequenzen sind definiert, aber nicht ausformuliert

Quellenangaben

Deutschland

^{#16} Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die GU zur Früherkennung von Krankheiten in der Fassung vom 24. August 1989, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 BAnz. Nr. 34 (S. 864) vom 02.03.2011, URL: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/10/> [17.07.2012]

^{#17} Ibid.

^{#19} 30%: Hauswaldt J, Junius-Walker U, Kersting M, Hummers-Pradier E. Zur Gesundheitsuntersuchung in deutschen Hausarztpraxen – eine sekundäre Analyse von Versorgungsdaten von 1996 bis 2006. Z Allg Med. 2009;85(10):411-7.

50%: Streich W. Ist die Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen wirklich zu gering? Z Allg Med. 2009;85(7):284-9.

^{#21-22} Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die GU zur Früherkennung von Krankheiten in der Fassung vom 24. August 1989, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 BAnz. Nr. 34 (S. 864)

vom 02.03.2011, abrufbar unter URL: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/10/> [17.07.2012]

England (Großbritannien)

#16-18 NHS Health Check Programme. Putting Prevention First - NHS Health Check - Vascular Risk Assessment and Management - Best Practice Guidance. April 2009. URL: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_098410.pdf [17.07.2012]

#19 Emailantwort von Eleanor Kent-Dyson, NHS Health Check Administration Manager, 10.02.2012

#20 Department of Health. NHS Health Check - Frequently Asked Questions. März 2010. URL: http://www.healthcheck.nhs.uk/Library/March_2010_Ebulletin_FAQs_Final.pdf [19.07.2012]

#21 NHS. Primary Care Service Framework - Vascular Checks. URL: http://www.pcc.nhs.uk/uploads/primary_care_service_frameworks/vascular_checks_final_version.doc [19.07.2012]

#22 NHS Health Check Programme. Putting Prevention First - NHS Health Check - Vascular Risk Assessment and Management - Best Practice Guidance. April 2009. URL: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_098410.pdf [17.07.2012]

British Columbia (Kanada)

#16 GPSC. GPSC Personal Health Risk Assessment Initiative Information and FAQs. 2010. URL: http://www.gpsc.bc.ca/system/files/Personal_Hlth_Risk%20Assess_FAQs.pdf [19.07.2012]

#22 Ibid.

Group Health (USA)

#16-17 Email-Antwort von Kristine I. Moore, Coordinator Population Based Care. Clinical Improvement and Prevention, Group Health Cooperative vom 14.08.2012

#18 Email-Antwort von Robert Reid, MD, PhD, Associate Medical Director Preventive Care (Group Health Cooperative), Associate Investigator (Group Health Research Institute) vom 18.05.2010

#19 Ibid.

#21 Email-Antwort von Rebecca Hughes, Senior Media Consultant, Group Health Cooperative, vom 18.05.2012

#22 Email-Antwort von Robert Reid, MD, PhD, Associate Medical Director Preventive Care (Group Health Cooperative), Associate Investigator (Group Health Research Institute) vom 18.05.2010

4.2.1.3 Organisation

In Tabelle 7 sind die Elemente zusammenfassend dargestellt, die mit der Organisation von Früherkennungsprogrammen kardiovaskulärer Erkrankungen zusammenhängen.

Anreize für Leistungserbringer finden sich in allen Systemen der Stichprobe außer in England.

In Deutschland besteht der Anreiz darin, dass die durchführenden Ärzte die Untersuchung extrabudgetär abrechnen können.

In British Columbia wird schon aus der Bezeichnung des Angebots deutlich, dass es sich um eine Bonuszahlung handelt, die die Durchführung kardiovaskulärer Risikostratifizierung für Leistungserbringer rentabler machen soll. Allerdings kann die Anreizzahlung nur für 100 Patienten pro Arzt und pro Jahr geltend gemacht werden.

Bei Group Health werden sowohl monetäre als auch nicht-monetäre Anreize gesetzt. Grundsätzlich werden die bei Group Health angestellten Ärzte (969 Ärzte im Sept. 2009) nach Gehalt bezahlt. Darüber hinaus gibt es für Ärzte *Quality Incentives*, die von nationalen Qualitätsindikatoren abgeleitet sind. Diese Indikatoren messen landesweit u.a. verschiedene Aspekte bezüglich Prävention.⁵ Bei *Group Health* erfolgt sowohl eine inhaltliche Rückmeldung dieser Indikatoren an die Ärzte als auch eine daran angelehnte Bonusauszahlung.

Für die Durchführung des englischen Früherkennungsprogramms, dem *NHS Health Check*, werden bisher keine Anreize gesetzt. Es handelt sich hierbei um ein neues Angebot, das noch

⁵ HEDIS-Indikatoren vom National Committee for Quality Assurance (NCQA). URL: <http://www.ncqa.org/tabid/897/Default.aspx> [08.08.2012]

nicht vollständig implementiert ist. Aufgrund der Strukturen im englischen Gesundheitswesen ist aber denkbar, dass nach der Einführungsphase bei Bedarf staatlicherseits Anreize gesetzt werden. Diese Überlegung basiert darauf, dass mit dem sog. *Quality and Outcomes Framework*, das auf dem Prinzip *pay for performance* basiert, bereits ein breitangelegtes Anreizsystem für Allgemeinmediziner in England besteht. Wenn beispielsweise 80% der anspruchsberechtigten Frauen innerhalb einer Praxis einen Pap-Abstrich erhalten haben, erhält der Allgemeinmediziner eine Anreizzahlung. Dadurch kann die Erbringung von Gesundheitsleistungen gezielt gefördert werden.⁶

Anreize für Patienten zur Teilnahme an der Untersuchung existieren in Deutschland und bei Group Health. In Deutschland kann die Versicherung für gesundheitsbewusstes Verhalten Bonuspunkte vergeben, die in Geld- oder Sachprämien umgesetzt werden können. Bei Group Health werden teilweise Anreize zum Ausfüllen des *health profile* durch den Arbeitgeber gesetzt, der für seine Angestellten einen Teil der Krankenversicherungskosten übernimmt.

Für die **Gestaltung** des Programms ist in Deutschland der gemeinsame Bundesausschuss (g-BA) zuständig. Er bildet sich aus der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.⁷ Seine Beschlüsse sind

⁶ Schlüsselinformanteninterview mit Ulrich Freudenstein am 08.07.2010

⁷ <http://www.g-ba.de/institution/struktur/> [29.12.2012]

für die GKV bindend.⁸ Im Hinblick auf Prävention beschäftigt sich der g-BA hauptsächlich mit der Sekundärprävention als Leistung der vertragsärztlichen Versorgung. Diese umschließt u.a. die Untersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus, sowie die Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.⁹ Die Beschlüsse des g-BA werden in sog. Unterausschüssen vorbereitet. Das Plenum des g-BA erhält von den jeweiligen Unterausschüssen eine Beschlussempfehlung, über die im Plenum beraten wird. Der daraus resultierende Beschluss wird dem Gesundheitsministerium zur Prüfung vorgelegt. Nach dessen Zustimmung wird der Beschluss rechtsgültig.¹⁰

Im staatlichen englischen Gesundheitssystem sind verschiedene Gremien, die dem *Department of Health* (DoH, Gesundheitsministerium) unterstellt sind, für die Programmgestaltung des *NHS Health Check* zuständig. Diese legen die Rahmenbedingungen und Grundlagen des Programms fest. Die Umsetzung oblag dabei bisher noch den regionalen *Primary Care Trusts*, diese wurden aber zum 1. April 2013 abgeschafft und, wie bereits erwähnt, durch sog. *commissioning groups* ersetzt.¹¹ Die Gestaltung des *NHS Health Check* ist unabhängig von den sog. *NHS Screening Programmes* und *NHS Cancer Screening Programmes*. Dies liegt daran, dass es sich beim *NHS Health Check* nicht um ein Screeningprogramm im

⁸ <http://www.g-ba.de/institution/auftrag/gesetz/> [03.08.2010]

⁹ <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/aufgabe/> [03.08.2010]

¹⁰ <http://www.g-ba.de/institution/struktur/unterausschuesse/> [03.08.2010]

¹¹ The Health and Social Care Act 2012: Vgl.: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/enacted> [22.05.2013]

eigentlichen Sinne handelt, bei dem der Zielpopulation ein bestimmter Screening-Test angeboten wird, der ein negatives oder positives Testergebnis zur Folge haben kann und evtl. eine weitere Abklärung und Behandlung nach sich zieht. Der *NHS Health Check* ist ein bevölkerungsbasiertes Angebot, bei dem die Anspruchsberechtigten unabhängig von den Untersuchungsbefunden und niedrigem oder hohem Risikoprofil eine Intervention – entweder in Form von weiteren diagnostischen Tests oder Lebensstilberatung – erhalten.

Für die Gestaltung des Angebots der *personal health risk assessment fee* in British Columbia ist das *General Practice Service Committee* (GPSC) zuständig. Es wurde 2002 mit dem Ziel gegründet, die Attraktivität des Faches Allgemeinmedizin zu erhöhen und die Primärversorgung für Patienten in British Columbia zu verbessern. Das Komitee besteht aus vier Repräsentanten der BCMA (*The British Columbia Medical Association*) und vier Repräsentanten vom Gesundheitsministerium in British Columbia (*Ministry of Health, MoH*). Eine Säule der Arbeit des GPSC ist das *Full Service Family Practice Incentive Program* (FSFPIP), das eine Verbesserung von Qualität und Struktur der medizinischen Versorgung zum Ziel hat. Dabei werden für Ärzte finanzielle Anreize geschaffen, um z.B. Primärprävention und *disease management* zu stärken.¹² Im Rahmen dieses Programms entstand u.a. auch die *personal health risk assessment fee*.

Für die Gestaltung der *well-care-visits* und des *health profile* bei Group Health ist das *Group Health Research Institute* (GHRI) mit

¹² GPSC. About Us. Webpage. URL: <http://www.gpscbc.ca/about-gpsc/about-us> [26.02.2012]

der Unterabteilung *Department for Preventive Care* (DPC) zuständig. Group Health entwickelt kontinuierlich eigene Guidelines und richtet sich bei der Anwendung von Screeningtests nach den Empfehlungen der *US Preventive Services Task Force* (USPSTF), stützt sich auf die eigenen Forschungsergebnisse und auf die anderer anerkannter Forschungseinrichtungen.¹³

Integrierte **Aktualisierungsprozesse**, d.h. die regelmäßige Prüfung und ggf. Überarbeitung und Erneuerung der Angebote, finden sich bei der Programmgestaltung von England, British Columbia und bei Group Health. Bei der deutschen Gesundheitsuntersuchung ist ein solcher „automatisierter“ Prüfmechanismus nicht vorgesehen. Für den *NHS Health Check* ist eine Überprüfung in Bezug auf seine Kosten und Nutzen nach vollständiger Implementierung geplant. Bis dahin sollen die Leistungserbringer regelmäßig, mindestens aber einmal jährlich, über die Effektivität des Programms berichten.

In British Columbia überwacht das GPSC die Effektivität seiner Interventionen in regelmäßigen Abständen. Gleiches gilt für Group Health.

Das Angebot der *well-care-visits* bei Group Health **besteht seit** den 1970er Jahren. 2007 wurde als zusätzliches Angebot das *health profile* eingeführt. Die Gesundheitsuntersuchung in Deutschland gibt es seit 1989. Der *NHS Health Check* wird seit 2009 angeboten, allerdings ist er noch nicht landesweit verfügbar, sondern wird

¹³ Email-Antwort von Robert Reid, MD, PhD, Associate Medical Director Preventive Care (Group Health Cooperative), Associate Investigator (Group Health Research Institute) vom 18.05.2010

stufenweise ausgebaut. Parallel finden kardiovaskuläre Früherkennungsmaßnahmen im Rahmen des *Quality and Outcomes Framework* als opportunistisches Screening statt, was durch Anreizzahlungen für Ärzte gefördert wird.

Die *personal health risk assessment fee* in British Columbia gibt es seit 2011; sie stellt damit das jüngste Angebot dar. Sie hat die davor existierende *cardiovascular health risk assessment fee* abgelöst, die in den Augen des GPSC zu sehr auf kardiovaskuläre und nicht so sehr auf allgemeine Risikofaktoren eingegangen ist.

Tabelle 7: Organisationsbezogene Elemente bei Früherkennungsprogrammen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

	Deutsch- land	UK England	Kanada British Columbia	USA Group Health
Anreize Leistungserbringer ^{#23}	✓	✗	✓	✓
Anreize Patient ^{#24}	✓	✗	✗	✓
Gestalter ^{#25}	g-BA	Department of Health	GPSC	GHRI, Dpt. for Preventive Care
Aktualisierungsprozess ^{#26}	✗	✓	✓	✓
wird angeboten seit ^{#27}	1989	2009, noch nicht landesweit	2011, davor cardiovascular risk assessment fee	1970er Jahre (well care visits) 2007 (health profile)

g-BA gemeinsamer Bundesausschuss
 GPSC General Practice Services Committee
 GHRI Group Health Research Institute

Quellenangaben

Deutschland

^{#23} Fisseni G, Golücke A, Abholz H-H. Warum machen deutsche Allgemeinärzte so wenig Früherkennung? Z Allg Med. 2003;79:591-5.

^{#24} Techniker Krankenkasse Homepage. 2011 URL: <http://www.tk.de/tk/leistungen-und-services/bonusprogramm/tk-bonusprogramm/38502> [19.07.2012]

^{#25} Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die GU zur Früherkennung von Krankheiten in der Fassung vom 24. August 1989, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 BAnz. Nr. 34 (S. 864) vom 02.03.2011, abrufbar unter URL: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/10/> [17.07.2012]

^{#26} Donner-Banzhoff N, Heintze C. Der Check ab 35 – ein Fall von Systemlähmung? ZefQ. 2011; 105:765–8.

^{#27} Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die GU zur Früherkennung von Krankheiten in der Fassung vom 24. August 1989, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 BAnz. Nr. 34 (S. 864)

vom 02.03.2011, abrufbar unter URL: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/10/> [17.07.2012]

England (Großbritannien)

#25 UK Screening Portal. The UK NSC policy on Vascular risk screening in adults over 40. URL: <http://www.screening.nhs.uk/vascularrisk> [25.07.2012]

#26 NHS. Primary Care Service Framework – Vascular Checks. URL: http://www.pcc.nhs.uk/uploads/primary_care_service_frameworks/vascular_checks_final_version.doc [19.07.2012]

#27 NHS Health Check Homepage. What is the NHS Health Check? URL: <http://www.healthcheck.nhs.uk/> [26.07.2012]

British Columbia (Kanada)

#23 GP Services Committee Initiatives Update January 2011. Prevention Fee – Personal Health Risk Assessment. URL: http://www.gpscbc.ca/system/files/GPSC_Initiatives_Update_January%202011-no%20logos%20_2_.pdf [26.07.2012]

#25 General Practice Services Committee. Highlights – The Personal Health Risk Assessment Incentive. URL: <http://www.gpscbc.ca/billing-fees/highlights> [26.07.2012]

#26 GPSC. GPSC Personal Health Risk Assessment Initiative Information and FAQs. 2010. URL: http://www.gpscbc.ca/system/files/Personal_Hlth_Risk%20Assess_FAQs.pdf [19.07.2012]

#27 General Practice Services Committee. Highlights – The Personal Health Risk Assessment Incentive. URL: <http://www.gpscbc.ca/billing-fees/highlights> [26.07.2012]

Group Health (USA)

#23-27 Email-Antwort von Robert Reid, MD, PhD, Associate Medical Director Preventive Care (Group Health Cooperative), Associate Investigator (Group Health Research Institute) vom 18.05.2010

4.2.2 Länder ohne Programm zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

In Norwegen, Fribourg (Schweiz) und Castilla y León (Spanien) existieren keine Programme zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Sinne der in dieser Arbeit angewendeten Definition (s. Kapitel 3.2.2). Zum Thema kardiovaskulärer Risikostratifizierung existieren aber in allen drei Gesundheitssystemen Leitlinien. Im Folgenden soll die Situation von Präventionsmaßnahmen bezüglich kardiovaskulärer Erkrankungen in den drei Gesundheitssystemen näher erläutert werden. Es wird differenziert zwischen (gesundheits-)politischer, wissenschaftlicher und hausärztlicher Ebene. Diese Ebenen stehen in Wechselbeziehungen zueinander und sind nicht immer klar abgrenzbar. Einen Überblick liefern die Kernaussagen in Tabelle 8.

Tabelle 8: Länder ohne Programm zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

	Norwegen	Schweiz	Spanien
politisch	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Abrechnung primärpräventiver Maßnahmen ohne Verdacht auf Erkrankung nicht möglich ➤ Planung eines Registers für Herz-Kreislauf-Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ hohes Maß an Eigenständigkeit der einzelnen Kantone → Doppelspurigkeiten ➤ Erarbeitung eines Präventionsgesetzes (administrative Zwecke) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ national definierter Leistungskatalog, finanzielle Anreize je nach regionalen Indikatoren des Gesundheitsministeriums, u.a. Prävention
wissenschaftlich	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Große epidemiologische Untersuchungen (z.B. HUNT) → keine Anwendung der europäischen Leitlinien zur Behandlung von Bluthochdruck ➤ NFA setzt sich für individuelle Prävention ein 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gründung eines nationalen Screening-Komitees, zur Evaluation von Screeningmaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quartärprävention ➤ PAPPS oft nicht evidenzbasiert
hausärztlich	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prävention und Früherkennung wird oft von Gemeindeschwester übernommen ➤ Hausärzte fokussieren auf Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko (Leitlinie) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prävention wichtige ärztliche Aufgabe (trotz mangelnder Strukturen) ➤ Check-ups werden auch durchgeführt, Kosten übernimmt der Patient durch Franchise 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prävention und Behandlung chronisch Kranker durch Krankenschwester ➤ Ärzte machen hauptsächlich Beratung (Raucherentwöhnung, etc.)

HUNT
NFA
PAPPS

helseundersøkelse i Nord-Trøndelag (Gesundheitsuntersuchung in Nord-Trøndelag)
norsk forening for allmennmedisin (Norwegische Vereinigung für Allgemeinmedizin)
programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (Programm für Prävention und Gesundheitsförderung)

4.2.2.1 *Norwegen*

Politisch. Die Rolle von Hausärzten bezüglich der medizinischen Primärprävention ist in Norwegen nicht eindeutig geregelt: Innerhalb des Gesundheitssystems besitzen die Hausärzte eine wichtige Stellung, da sie mit großen Teilen der Bevölkerung in Kontakt stehen. Einerseits können sie daher für eine individualisierte, patientenorientierte Primärprävention wichtige Akteure sein, dies wird aber andererseits erschwert, da im derzeitigen Abrechnungssystem für Hausärzte keine primärpräventiven Leistungen vorgesehen sind.¹⁴

Bezüglich Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird derzeit der Ausbau eines nationalen Registers vorgenommen. Das Register soll Informationen darüber geben, wie effektiv Behandlung und vorbeugende Maßnahmen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind und worauf Änderungen in deren Inzidenz zurückzuführen sind. Außerdem soll das Register die Grundlage für die Etablierung und Weiterentwicklung von Qualitätsregistern der regionalen Gesundheitsdienste (Organisationsform des norwegischen Gesundheitssystems aufgrund zentraler Planung und föderalistischer Ausführung) bilden. Seit Beginn 2012 werden die ersten Daten in das Register eingepflegt.¹⁵

Wissenschaftlich. Norwegen hat sich bewusst gegen ein strukturiertes Präventionsprogramm für kardiovaskuläre Erkrankungen ausgesprochen und stützt sich dabei u.a. auf die

¹⁴ (2010). Health Promotion – achieving good health for all. K.-I. Klepp. S. 106

¹⁵ Folkehelseinstitutt. Hjerte-kar-registeret. Webpage. URL:

[http://www.fhi.no/eway/](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,5245:1:0:0::0:0)

[default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,5245:1:0:0::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,5245:1:0:0::0:0)

Ergebnisse großer epidemiologischer Untersuchungen, wie z.B. die HUNT-Studie (*Helseundersøkelse i Nord-Trøndelag*). Dies ist eine epidemiologische Untersuchung, die in drei Zeitintervallen zwischen 1984 und 2008 stattgefunden hat (HUNT 1 bis 3) und ist eine der größten nationalen Gesundheitsuntersuchungen weltweit. Neben Daten zu Herz-Kreislaufkrankungen wurden auch Daten zu Krebs, Demenz, Übergewicht, Diabetes, Atemwegs- und Lungenerkrankungen und Allergien, sowie psychischen und muskulo-skelettalen Problemen erhoben.¹⁶ Die sog. 40-jährigen-Untersuchungen (*40-årsundersøkelser*) fanden von 1985 bis 1999 statt und dienten insbesondere der Erforschung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Risikofaktoren.¹⁷ Die Masse an Daten über den Gesundheitszustand der norwegischen Bevölkerung und die daraus gewonnenen Kenntnisse der epidemiologischen Entwicklung ermöglichen in Norwegen relativ gut die Beurteilung von geplanten Interventionen.¹⁸ So hat man sich z.B. gegen die Anwendung der europäischen Leitlinien bezüglich kardiovaskulärer Erkrankungen entschieden.

Die Norwegische Vereinigung für Allgemeinmedizin (*norsk forening for allmennmedisin*, NFA) steht einem organisierten Präventionsprogramm für kardiovaskuläre Erkrankungen kritisch gegenüber. In einem Positionspapier vom 12. Oktober 2007

¹⁶ <http://www.ntnu.no/hunt> [13.01.2012]

¹⁷ http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5670:0:15,1864:1:0:0::0:0 [13.01.2012]

¹⁸ Petursson H, Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Current European guidelines for management of arterial hypertension: are they adequate for use in primary care? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population. *BMC Fam Pract.* 2009;10:70.

werden einige ethische und praktische Probleme diskutiert, die aus der theoretischen Risikokalkulation und dem Eingriff in multifaktorielle Zusammenhänge entstehen können.¹⁹ Aus Sicht der NFA nehmen strukturelle Ansatzpunkte in der Prävention gegenüber individuellen einen höheren Stellenwert ein. Daher sollten beispielsweise politische Instanzen wissenschaftlich belegte, effektive Strategien gegen bekannte Gesundheitsrisiken ausweiten, wie etwa durch einen erschwerten Zugang zu Alkohol und Tabak.

Große Teile der Bevölkerung würden – folgte man allen Empfehlungen – von „Gesunden“ zu „Kranken“ gemacht werden. Außerdem könne ein starker und selektiver Fokus auf die messbaren Risikofaktoren zur Vernachlässigung von grundlegenden Sachverhalten führen, die auf längere Sicht einen größeren Einfluss auf die Gesundheit der Patienten hätten (z.B. psychosoziale oder arbeitsweltbezogene Faktoren). Im Hinblick auf spezifische Früherkennungsmaßnahmen sollte das Augenmerk auf Patienten mit deutlich erhöhtem Risiko liegen.

In dem Positionspapier vom Mai 2011²⁰, hervorgegangen aus der Zusammenarbeit der NFA mit den allgemeinmedizinischen Forschungseinheiten in Oslo und Trondheim, werden diese Forderungen erneut unterstrichen.

Hausärztlich. Nationale Leitlinien „*Retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer*“ („Leitlinien zur individuellen Primärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen“) vom April 2009 geben Empfehlungen darüber ab, bei welchen

¹⁹ <http://www.legeforeningen.no/id/128650.0> [13.01.2012]

²⁰ <http://www.legeforeningen.no/id/173457.0> [13.01.2012]

Patienten in der Hausarztpraxis eine individuelle Berechnung des kardiovaskulären Risikos sinnvoll ist und wie man dabei vorgehen sollte.²¹ Gesundheitsuntersuchungen wie der deutsche *check-up 35* finden im norwegischen Praxisalltag kaum statt²², denn um Präventivmaßnahmen abrechnen zu können, muss ein konkreter Anlass vorhanden sein, der das Durchführen der Maßnahme rechtfertigt.²³

4.2.2.2 Fribourg (Schweiz)

Politisch. Ein besonderes Merkmal des schweizerischen Gesundheitssystems ist das hohe Maß an Selbstbestimmung, das die einzelnen Kantone innehaben. Die Kompetenzen sind oftmals nicht eindeutig geregelt und die Aufgabenverteilung ist von Doppelspurigkeiten geprägt.²⁴ Das Gesundheitswesen der Schweiz befindet sich momentan in einer Phase der Umstrukturierung mit dem Ziel, der Prävention einen wichtigeren Stellenwert als bisher einzuräumen und Strukturen zu schaffen, die die Koordination und Implementierung von Präventionsmaßnahmen erleichtern sollen.²⁵ Es gibt bereits eine Reihe von Institutionen, die sich für die Stärkung von Prävention einsetzen, diese haben aber auf politischer Ebene nur geringen Einfluss. Derzeit wird an einem nationalen Präventionsgesetz

²¹ Leitlinie im Internet abrufbar unter: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-individuell-primerforebygging-av-hjerte-og-karsykdommer/Sider/default.aspx> [23.08.2012]

²² Schlüsselinformanten-Interview mit Harald Kamps, ehemals Hausarzt in Norwegen, am 13.07.2010

²³ Åse Bækkevold Kloster, Rådgiver Juridisk avdeling, Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) Hovedkontor vom 05.05.2010

²⁴ Kocher G, Oggier W, Hrsg. Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012. Eine aktuelle Übersicht. Verlag Hans Huber. 4. Auflage. Bern. 2010. 133

²⁵ Schlüsselinformanteninterview mit Stefan Neuner-Jehle, Hausarzt in der Schweiz, am 06.08.2010

gearbeitet, einem Strukturgesetz, das eine klarere Kompetenzverteilung zum Ziel hat und die bereits bestehenden, vielfältigen Aktivitäten im Bereich der Prävention koordinieren soll. Außerdem besteht die Idee, ein Institut für Prävention und Gesundheitsförderung zu gründen, welches alle vier Jahre nationale Ziele der Prävention festlegen soll. Dies soll in Kooperation mit dem Bundesrat erfolgen, der alle acht Jahre Ziele der Prävention benennt.²⁶

Wissenschaftlich. Eine systematische Übersichtarbeit von Eisner et al. aus dem Jahr 2011 hat gezeigt, dass immer noch wenig über die Durchführung von Präventionsmaßnahmen bei Allgemeinärzten in der Schweiz bekannt ist. Die methodische Qualität der bisherigen Studien sei gering. Grundsätzlich bestehe Bedarf an Schulungsmöglichkeiten bezüglich Präventionsmaßnahmen, die wiederum einfach zu handhaben, zeitsparend und an die Bedürfnisse von Hausärzten angepasst sein sollten.²⁷

Es gibt derzeit keine Institution, die die verfügbaren Screening-Tests evaluiert. Die Schweizerische Gesellschaft für Public Health setzt sich daher für den Aufbau eines nationalen Screening-Komitees ein.²⁸

Hausärztlich. Vorsorgeuntersuchungen für kardiovaskuläre Krankheiten finden zurzeit nur im Rahmen von opportunistischen

²⁶ Emailantwort von Stefan Neuner-Jehle, 17.05.2010, Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Prävention des Kollegiums für Hausarztmedizin, Schweiz.

²⁷ Eisner D, Zoller M, Rosemann T, Huber CA, Badertscher N, Tandjung R. Screening and prevention in Swiss primary care: a systematic review. *Int J Gen Med.* 2011;4:853-70.

²⁸ Swiss Society for Public Health. Workshop – A national Screening Committee for Switzerland – 15 March 2020. Zusammenfassung. URL: http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/workshop/Zusammenfassung_Swiss_Medical_weekly_D.pdf [28.08.2012]

Screenings in der Arztpraxis statt, z.B. im Rahmen von Blutdruckmessungen oder Cholesterinchecks.²⁹ In großen Arztpraxen sind z.T. auch Gesundheitsschwestern an solchen Maßnahmen beteiligt. Obwohl es keine strukturierten, qualitätsgesicherten Programme gibt, hat Prävention in der hausärztlichen Tätigkeit einen hohen Stellenwert und die (haus-) ärztliche Verantwortung für Prävention ist relativ stark ausgeprägt.³⁰

Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) spielen primärpräventive Leistungen nur eine untergeordnete Rolle. Hausärzte rechnen sie daher bisher oft im Zuge von Beratungsgesprächen ab, allerdings werden derzeit neue Tarifprozesse diskutiert. „Gesundheits-Checks“ werden von den Krankenkassen eigentlich nicht übernommen; trotzdem werden sie z.T. auf Patientenwunsch durchgeführt. Dies ist möglich, da im schweizerischen Gesundheitssystem durch die Franchise die Patienten die Untersuchung ohnehin selbst zahlen (300 CHF). Dadurch entsteht den Krankenkassen durch die Gesundheitsuntersuchung kein Nachteil und sie tolerieren sie.³¹

4.2.2.3 *Castilla y León (Spanien)*

Politisch. Im staatlichen spanischen Gesundheitssystem sind Ärzte Angestellte des öffentlichen Dienstes. Ihre Bezahlung erfolgt über drei verschiedene Wege. Neben dem Grundgehalt erfolgt die Bezahlung gemäß der Anzahl an gelisteten Patienten (Kopfpauschale) und zusätzlich nach dem Erfüllen bestimmter

²⁹ Emailantwort von Stefan Neuner-Jehle, 17.05.2010, Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Prävention des Kollegiums für Hausarztmedizin, Schweiz

³⁰ Schlüsselinformanteninterview mit Stefan Neuner-Jehle am 06.08.2010

³¹ Schlüsselinformanteninterview mit Stefan Neuner-Jehle am 06.08.2010

Qualitätsindikatoren, die jedes Jahr vom Gesundheitsministerium festgelegt werden. Dadurch kann beispielsweise die Durchführung von Hausbesuchen oder Präventionsmaßnahmen vorangetrieben werden. Die Haltung gegenüber Regierungsmaßnahmen sei in Spanien allerdings von Skepsis geprägt, wichtiger sei daher die Einstellung gegenüber den Empfehlungen von Fachgesellschaften.³²

Wissenschaftlich. PAPPs, das *programa de actividades preventivas y de promoción de la salud* (Programm für Prävention und Gesundheitsförderung) wurde 1989 von der spanischen Gesellschaft für Familienmedizin und Gesundheitswesen (*Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, semFYC) entwickelt.³³ Gesundheitszentren (kleinste Versorgungseinheit des staatlichen Gesundheitswesens) können freiwillig daran teilnehmen und die meisten Gesundheitszentren machen dies auch. Viele Empfehlungen seien allerdings nicht evidenzbasiert, ein Aktualisierungsprozess findet nur in unstrukturierter Weise statt.³⁴

Hausärztlich. Die Hausärzte spielen in der Früherkennung von kardiovaskulären Erkrankungen nur eine untergeordnete Rolle, die sich auf Beratung zu Rauchen, Alkohol, Ernährung und körperlicher Bewegung beschränkt. Ein Großteil der Präventionsmaßnahmen (Blutdruck messen, Laboruntersuchungen) wird von den Krankenschwestern innerhalb

³² Schlüsselinformanteninterview mit Juan Gervas am 23.07.2012

³³ Brotons C, Iglesias M, Martin-Zurro A, Martin-Rabadan M, Gene J. Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. The Coordinating Group For Prevention and Health Promotion in Primary Care in Spain. *Fam Pract.* 1996 Apr;13(2):144-51.

³⁴ Schlüsselinformanteninterview mit Juan Gervas am 23.07.2012

eines Gesundheitszentrums übernommen. Die Krankenschwestern richten sich dabei nach entsprechenden Leitlinien.³⁵

³⁵ Schlüsselinformanteninterview mit Juan Gérvás am 23.07.2012

4.3 Programme zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs

4.3.1 Untersuchung

Alle Länder/Systeme der Stichprobe bieten die Früherkennungsuntersuchung des Zervixkarzinoms für eine **Zielgruppe** mit variabler unterer Altersgrenze zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr an, bzw. ab Beginn der sexuellen Aktivität. Außer in Deutschland und der Schweiz endet das Angebot für die Frauen zwischen dem 64. und 69. Lebensjahr. In Deutschland und der Schweiz ist kein Endpunkt festgesetzt.

In allen Ländern kommt als **Untersuchungsmethode** der Pap-Abstrich oder die Weiterentwicklung des Pap-Abstrichs, nämlich die *liquesd based cytology* (LBC, flüssigkeitsbasierte Zytologie) zum Einsatz. In Norwegen werden beide Untersuchungstechniken angewendet, in England hingegen ausschließlich die LCB. In Castilla y León ist die Untersuchungsmethode der Wahl altersabhängig: Bei den jungen Frauen wird nur der Pap-Abstrich durchgeführt, bei den älteren Frauen wird der Pap-Abstrich mit einem HPV-Test kombiniert.

Deutschland ist das einzige Land, was die Untersuchung jährlich anbietet, die anderen Länder haben eine **Untersuchungshäufigkeit** von zwei- bis dreijährigen, zum Teil auch fünfjährigen Intervallen. In England und in Castilla y León ist die Häufigkeit altersabhängig. Abhängig von der Altersspannbreite, in der die Untersuchung angeboten wird (in Deutschland und der Schweiz theoretisch bis zum Lebensende) und abhängig vom Untersuchungsintervall, kommt man auf eine unterschiedliche Anzahl an sog. **Screeningrunden**. Die geringste

Anzahl findet sich in England und Castilla y León (12 Runden), gefolgt von Norwegen und Group Health (15 Runden). In der Schweiz ist die Altersspanne der Zielgruppe nicht festgelegt. Geht man von einem Screeningbeginn im Alter von 20 Jahren und einer Lebenserwartung von 80 Jahren aus, kommt man auf 22 Screeningrunden. In British Columbia bestehen 28 Runden. In Deutschland sind bei einer Lebenserwartung von 80 Jahren theoretisch mehr als doppelt so viele Untersuchungen möglich (ca. 60), da die Untersuchung ab 20 Jahren jährlich in Anspruch genommen werden kann und kein Endpunkt festgesetzt ist.

Tabelle 9: Untersuchungsbezogene Elemente der Früherkennungsprogramme von Gebärmutterhalskrebs

	Deutsch- land	UK England	Nor- wegen	Schweiz Fribourg	Spanien Castilla y León	Kanada British Columbia	USA Group Health
Zielgruppe ^{#28}	ab 20 J	25-64 J	25-69 J	*	20-65 J	21*-69 J	21*-65 J
Eingesetzte Untersuchungen							
<i>Pap</i> ^{#29}	✓	✗	✓	✓	20-34 J	✓	✓
<i>LBC</i> ^{#30}	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✗
<i>HPV-Test</i> ^{#31}	✗	✗	✗	✗	35-65 J zusätzl. zu Pap	✗	✗
Häufigkeit ^{#32}	jährlich	25-49 J: alle 3 J 50-65 J: alle 5 J	alle 3 J	alle 3 J [^]	20-34 J: alle 3 J [^] 35-65 J: alle 5 J	alle 2 J [^]	alle 2-3 J
Anzahl Screening- runden (ca.) ^{#33}	theoretisch > 60, abh. von Alter	mind. 12	mind. 15	> 22, abh. von Alter u. Beginn	mind. 12	28	mind. 15

* oder 3 Jahre nach Beginn der sexuellen Aktivität

[^] jährlich bis zwei (in der Schweiz und Castilla y León) bzw. drei (British Columbia) unauffällige Ergebnisse vorliegen

LBC liquid based cytology

Quellenangaben

Deutschland

#28 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL) in der Fassung vom 18. Juni 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 148a, in Kraft getreten am 3. Oktober 2009, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 34: S. 864, in Kraft getreten am 3. März 2011

#29-32 Ibid.

#33 eigene Rechnung, ausgehend von einer Lebenserwartung von 80 Jahren

England (Großbritannien)

#28 NHS Cervical Screening Programme. About Cervical Screening. URL: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/about-cervical-screening.html> [26.07.2012]

#29-30 Ibid.

#33 eigene Rechnung

Norwegen

#28 Kreftregisteret. Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. URL: <http://www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Masseundersokelsen-mot-livmorhalskreft/Om-programmet/> [26.07.2012]

#29-30 Kreftregisteret. Kvalitetsmanual – Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Januar 2012. Seite 21. URL: http://www.kreftregisteret.no/Global/Masseunders%C3%B8kelsen%20mot%20livmorhalskreft/Kvalitetsmanual/Kvalitetsmanual_2012_oppslag.pdf [26.07.2012]

#32 Kreftregisteret. Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. URL: <http://www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Masseundersokelsen-mot-livmorhalskreft/Om-programmet/> [26.07.2012]

#33 eigene Rechnung

Fribourg (Schweiz)

#28,29 Krebsliga Schweiz. Prävention und Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. Januar 2010. URL: http://assets.krebsliga.ch/downloads/faktblatt_gebaermutterhalskrebs_dt.pdf [26.07.2012]

#32 Ibid.

#33 eigene Rechnung, ausgehend von 20 Lebensjahren bei Screeningbeginn und Lebenserwartung von 80 Jahren

Castilla y León (Spanien)

#28 Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. Programa de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero. Januar 2011. URL: http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-prevencion-deteccion-precoz-cancer-cuello-utero.ficheros/220117-PPDPCCU+29_12_2011.pdf [26.07.2012]

#29-32 Ibid.

#33 eigene Rechnung

British Columbia (Kanada)

#28 BC Cancer Agency. Cervical Screening Program. Regular Screening. Webpage. URL: <http://www.bccancer.bc.ca/PPI/Screening/Cervical/regular.htm> [27.07.2012]

#29,32 Ibid.

#33 eigene Rechnung

Group Health (USA)

#28 Group Health Cooperative. Adult Wellness Visits, Screenings, and Immunizations. Webpage. URL: <http://www.ghc.org/healthAndWellness/index.jhtml?item=/common/healthAndWellness/tests/recommendedTests/adultTests.html> [26.07.2012]

#29 Group Health Cooperative. Cervical Cancer Screening (Pap Test). URL: <http://www.ghc.org/healthAndWellness/?item=/common/healthAndWellness/tests/screenings/cervical.html> [26.07.2012]

#32 Group Health Cooperative. Cervical Cancer Screening (Pap Test). URL: <http://www.ghc.org/healthAndWellness/?item=/common/healthAndWellness/tests/screenings/cervical.html> [26.07.2012]

#33 eigene Rechnung

4.3.2 Umsetzung

Bei der Umsetzung der Untersuchung ist auffällig, dass Deutschland das einzige Land ist, in dem die Früherkennung des Zervixkarzinoms fast ausschließlich der **Berufsgruppe** der Gynäkologen vorbehalten ist. Hausärzte mit entsprechender Zusatzausbildung sind zwar befugt, die Untersuchung auszuführen, allerdings macht diese Gruppe nur einen geringen Teil aus. In England und in Castilla y León sind hingegen die Hausärzte allein an der Durchführung der Früherkennungsuntersuchung beteiligt. In Norwegen, in der Schweiz, in British Columbia und bei Group Health sind beide ärztliche Berufsgruppen für die Durchführung der Früherkennungsuntersuchung zuständig. Darüber hinaus werden in England, Castilla y León und in British Columbia auch Hebammen und *practice nurses* (Krankenschwestern mit spezieller Ausbildung) für die Durchführung der Untersuchung herangezogen.

Aufforderungen zur Teilnahme erfolgen in unterschiedlichen Formen in England, Castilla y León, British Columbia und bei Group Health. Die Schweiz und Deutschland haben keine Einladungsverfahren. Regelmäßige Einladungsschreiben, die jedes Mal versandt werden, wenn die Untersuchung altersentsprechend fällig wird, gibt es in England und bei Group Health. Norwegen und British Columbia verschicken Einladungen, sobald das Alter der Anspruchsberechtigung erreicht wird und danach nur noch dann, wenn die Frau nicht von sich aus in den darauffolgenden Jahren zu den Untersuchungen erscheint. In Castilla y León werden weder Einladungs- noch Erinnerungsschreiben verschickt,

daher kann es nicht als bevölkerungsbasiertes Programm gewertet werden.

Trotz der Unterschiede bei den Aufforderungen zur Teilnahme, ist die **Inanspruchnahme** relativ gleichmäßig verteilt. Lediglich in Castilla y León ergab eine Untersuchung durch das spanische Gesundheitsministerium eine sehr viel geringere Teilnehmerrate als in den anderen Systemen. Dennoch war diese zum Zeitpunkt der genannten Untersuchung einer der höchsten Teilnehmerquoten in ganz Spanien. In Betracht gezogen werden muss bei diesen Daten, dass die Inzidenz des Zervixkarzinoms in Spanien sehr niedrig ist und daher diesem Früherkennungsprogramm ein geringerer Stellenwert zukommt, als in Ländern mit hoher Inzidenz.³⁶ Die altersadaptierten Teilnehmerraten des opportunistischen Screenings in Deutschland zeigen große Schwankungen auf. Unter den 20- bis 54-jährigen Frauen liegt die Teilnehmerrate zwischen 50 und 65%, bei den über 80-Jährigen fällt sie auf unter 10%.³⁷

Alle Länder außer der Schweiz haben zur **Dokumentation** Vordrucke, auf denen die Untersuchung dokumentiert wird.

Konsequenzen, die sich aus den Untersuchungsbefunden ergeben sollen, sind in allen hier betrachteten Systemen definiert. Allerdings sind diese in Deutschland und in der Schweiz nur in

³⁶ Schlüsselinformanteninterview mit Juan Gervas am 23.07.2012, 10 Uhr.

³⁷ Schneider A, Schwarz TF, Hammerschmidt T, Rash RM, Siebert U. Vorgehen und Kosten bei der Abklärung und Behandlung unklarer und abnormaler zytologischer Befunde des Pap-Abstrichs im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Geburtshilfe und Frauenheilkunde. 2007; 67(8): 859-65.

Leitlinienform verfasst. In den anderen Ländern sind sie im Zuge der Qualitätssicherung verbindlicher Bestandteil des Programms.

Tabelle 10: Umsetzungsbezogene Elemente der Früherkennungsprogramme von Gebärmutterhalskrebs

	Deutsch- land	UK England	Nor- wegen	Schweiz Fribourg	Spanien Castilla y León	Kanada British Columbia	USA Group Health
Berufsgruppen:							
<i>Hausärzte</i> ^{#34}	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Gynäkologen</i> ^{#35}	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓
<i>andere Gesundheitsberufe</i> ^{#36}	✗	practice nurse	✗	✗	Hebamme	practice nurse, Hebamme	✗
Einladung ^{#37}	✗	✓	✓ /-	✗	(✓)	✓ /-	✓
Inanspruchnahme ^{#38}	60-80%	80%	77%	79% ¹	40%	79%	78%
Werbung ^{#39}	✗	✓	✗	✗	✓	✓	✗
Dokumentations- vordruck ^{#40}	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
definierte Konsequenzen ^{#41}	Leitlinie	✓	✓	Leitlinie	✓	✓	✓

¹ 79% der Frauen über 20 J. berichteten, mind. 1x in ihrem Leben an der Früherkennung teilgenommen zu haben, 49% innerhalb des letzten Jahres

✓ regelmäßige Einladungsschreiben

(✓) Informationskampagne

✓ /- nur bei Nicht-Erscheinen erneute Einladung

Quellenangaben

Deutschland

#34 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL) in der Fassung vom 18. Juni 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 148a, in Kraft getreten am 3. Oktober 2009, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 34: S. 864, in Kraft getreten am 3. März 2011

#35-36 Ibid.

#37 Bertz, Klug, Knöpnadel, Reckers, Schneider, Schulte, Uschold. Nationaler Krebsplan - Handlungsfeld 1 - Weiterentwicklung der Früherkennung „Organisiertes Zervixkarzinom-Screening“. 2011 URL: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziele_Papier_2a_Weiterentwicklung_Zervixkarzinom_Screening.pdf [26.07.2012]

#38 Ibid.

#40 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL) in der Fassung vom 18. Juni 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 148a, in Kraft getreten am 3. Oktober 2009, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 34: S. 864, in Kraft getreten am 3. März 2011

#41 Schneider A, Schwarz TF, Hammerschmidt T, Rash RM, Siebert U. Vorgehen und Kosten bei der Abklärung und Behandlung unklarer und abnormaler zytologischer Befunde des Pap-Abstrichs im Rahmen der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Geburtshilfe und Frauenheilkunde. 2007; 67(8): 859-65.

England (Großbritannien)

#34-36 NHS Cervical Screening Programme. What happens at a Cervical Screening Appointment? URL: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/screening.html> [26.07.2012]

#37 NHS Cancer Screening Programme. Cervical Screening Pocket Guide. 2009 URL: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/cervicalpocket2009.pdf> [27.07.2012]

#38 Bastos J, Peleteiro B, Gouveia J, Coleman MP, Lunet N. The state of the art of cancer control in 30 European countries in 2008. Int J Cancer. 2010;126(11):2700-15.

#39 NHS Cervical Screening Programme. Promotional Posters. URL: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/nhscsp-posters.html> [26.07.2012]

#40 NHS Cervical Screening Programme. Who does what at cervical screening? Webpage. URL: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/nhscsp-posters.html> [27.02.2012]

#41 NHS Cancer Screening Programmes. Liquid Based Cytology and National Policy. Protocol For Management of Abnormal Results. URL: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/nhscsp-gp-factsheet.pdf> [26.07.2012]

Norwegen

#34-36 Kreftregisteret. Årsrapport 2008 – masseundersøkelse mot livmorhalskreft. 2009. URL: http://www.kreftregisteret.no/Global/Publikasjoner%20og%20rapporter/Livmorhalskreft/%C3%85rsrapport_cervix2008.pdf [27.07.2012]

#37 Kreftregisteret. Kvalitetsmanual – Masseundersøkelse mot livmorhalskreft. 2005. URL: http://www.kreftregisteret.no/Global/Kvalitetsmanualer/kvalitetsmanual_livmorhals.pdf [27.07.2012]

#38 Bastos J, Peleteiro B, Gouveia J, Coleman MP, Lunet N. The state of the art of cancer control in 30 European countries in 2008. *Int J Cancer*. 2010;126(11):2700-15.

#40 Kreftregisteret. Kvalitetsmanual – Masseundersøkelse mot livmorhalskreft. 2005. URL: http://www.kreftregisteret.no/Global/Kvalitetsmanualer/kvalitetsmanual_livmorhals.pdf [27.07.2012]

#41 Kreftregisteret. Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Ofte stilte spørsmål. Webpage. URL: <http://www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Masseundersokelsen-mot-livmorhalskreft/Ofte-stilte-sporsmal/> [03.05.2012]

Fribourg (Schweiz)

#34-36 Oncosuisse. Nationaler Krebsplan für die Schweiz 2011 bis 2015. Bern, 2011. S. 51. URL: www.oncosuisse.ch/file/oncosuisse/nkp/2011-2015/vollversion/NKP_Vollversion_d.pdf [11.05.2012]

#38 Oncosuisse. Nationaler Krebsplan für die Schweiz 2011 bis 2015. Bern, 2011. S. 55 www.oncosuisse.ch/file/oncosuisse/nkp/2011-2015/vollversion/NKP_Vollversion_d.pdf [11.05.2012]

#39 Persönliche Kommunikation: Frau In-Albon, Fachberaterin Krebstelefon, 17.06.2010, 15.30 Uhr

#40-41 Ibid.

Castilla y León (Spanien)

#34 Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. Programa de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero. Januar 2011. URL: http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-prevencion-deteccion-precoz-cancer-cuello-utero.ficheros/220117-PPDPCCU+29_12_2011.pdf [26.07.2012]

#35-36 Ibid.

#37 Ascunce N, Salas D, Zubizarreta R, Almazán R, Ibáñez J, Ederri M, et al. Cancer screening in Spain. *Ann Oncol*. 2010;21 Suppl 3:iii43-51.

#38 Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Uso de la Mamografía y de la Citología de Papanicolaou para la Detección Precoz del Cáncer de Mama y de Cérvix Uterino en España. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, 2002.S. 26

#39 Plakat der Junta Castilla y León. URL: http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-prevencion-deteccion-precoz-cancer-cuello-utero.ficheros/71526-cancer%20de%20cuello_cartel.pdf [27.07.2012]

#40 Schlüsselinformanteninterview mit Juan Gervas. 23.07.2012, 10.00 Uhr.

#41 Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. Programa de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero. Januar 2011. URL: http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-prevencion-deteccion-precoz-cancer-cuello-utero.ficheros/220117-PPDPCCU+29_12_2011.pdf [26.07.2012]

British Columbia (Kanada)

#34 BC Cancer Agency. Cervical Cancer Screening Program. Pap Tests – Frequently Asked Questions. Webpage. URL: <http://www.bccancer.bc.ca/PPI/Screening/Cervical/paptests/default.htm> [27.07.2012]

#35-36 Ibid.

#37 BC Cancer Agency. Screening for Cancer of the Cervix - An Office Manual for Health Professionals. 2010. URL: http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/B283E8FA-73D9-41B5-9147-15AA5B3526AB/57699/CCSPmanual_June012.pdf [27.07.2012]

#38 BC Cancer Agency. Cervical Cancer Screening Program. – Annual Report 2009. URL: http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/A6E3D1EC-93C4-4B66-A7E8-B025721184B2/44207/2009CCSP_Annual_ReportFINALFeb1910.pdf [27.07.2012]

#39 BC Cancer Agency. Cervical Cancer Screening Program – Resources. Webpage. URL: <http://www.bccancer.bc.ca/PPI/Screening/Cervical/resources.htm> [27.07.2012]

#40 BC Cancer Agency. Screening for Cancer of the Cervix - An Office Manual for Health Professionals. 2010. URL: http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/B283E8FA-73D9-41B5-9147-15AA5B3526AB/57699/CCSPmanual_June012.pdf [27.07.2012]

#41 BC Cancer Agency. Cervical Cancer Screening Program – Follow-up of an Abnormal Pap Test Result. Webpage. URL: <http://www.bccancer.bc.ca/PPI/Screening/Cervical/paptests/followup.htm> [27.07.2012]

Group Health (USA)

#34-36 Emailantwort von Kristine I. Moore, Coordinator Population Based Care. Clinical Improvement and Prevention, Group Health Cooperative vom 15.08.2012

#37 Emailantwort von Kristine I. Moore, Coordinator Population Based Care. Clinical Improvement and Prevention, Group Health Cooperative vom 14.08.2012

#38-41 Ibid.

4.3.3 Organisation

Für die Krebsfrüherkennungsuntersuchung auf das Zervixkarzinom gibt es in Deutschland und in England **Anreize für Leistungsbringer**. In Deutschland kann die Untersuchung über die Ziffer „Krebsfrüherkennung Frau“ abgerechnet werden, in England existieren Indikatoren und entsprechende Anreizzahlungen durch das *Quality and Outcomes Framework*.

Anreize für die Patientinnen werden nur in Deutschland durch die Bonuspunkte der GKV und das Entfallen der Praxisgebühr gesetzt. In Norwegen und in der Schweiz sind die Patientinnen nicht von den regulären Zusatzzahlungen befreit.

Die **Gestaltung** der Programme zur Früherkennung des Zervixkarzinoms übernehmen teilweise die gleichen Institutionen wie die zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In Deutschland ist beispielsweise ebenfalls der gemeinsame Bundesausschuss zuständig und auch bei Group Health obliegt die Gestaltung ebenfalls dem *Group Health Research Institute, Department for Preventive Care*. Für das englische Zervixkarzinom-Screeningprogramm sind die *NHS Cancer Screening Programmes* mit der Gestaltung des Angebots betraut. Die *NHS Cancer Screening Programmes* wurden bereits 1988 eingeführt und sind für die Überwachung des Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebsscreenings in Großbritannien zuständig. In Norwegen sind unter der Leitung des *Kreftregister* (Krebsregister) verschiedene Organisationen und Akteure an dem Gebärmutterhalskrebs-Screeningprogramm beteiligt. Für die Gestaltung besonders wichtig ist die 2001 eingeführte, multidisziplinär zusammengesetzte *rådgivningsgruppe* (Ratgebergruppe), die eng mit dem

norwegischen Gesundheitsministerium und dem *Kreftregister* zusammenarbeitet. In der Schweiz ist als Gestalter im weitesten Sinne die Krebsliga Schweiz zu verstehen. Sie gibt Empfehlungen ab, hat aber keine verbindliche Gestaltungsfunktion. Für die Autonome Region Castilla y León obliegt die Gestaltung des Programms der *Dirección General de Salud Pública* (Generaldirektion für öffentliche Gesundheit). In British Columbia ist die *BC Cancer Agency*, die ebenfalls als multidisziplinäres Team arbeitet, für die Gestaltung des Programms zuständig. Sie wird durch die Provinzregierung finanziert und ist sowohl in der Forschung als auch in der Versorgung der Bevölkerung (Aufklärung, Prävention, Diagnostik, Behandlung) involviert.

Im Programm fest verankerte **Aktualisierungsprozesse** gibt es in allen hier untersuchten Ländern/Systemen außer in Deutschland und in der Schweiz. Bei den übrigen Ländern sind Treffen der zuständigen Instanzen in regelmäßigen Abständen feste Bestandteile der Programme.

Die Programme existieren unterschiedlich lange in ihrer hier dargestellten Struktur: British Columbia hat sein Programm zur Früherkennung des Zervixkarzinoms bereits 1949 eingeführt. Es war das erste organisierte bevölkerungsbasierte Zervixkarzinom-Screeningprogramm der Welt. Das Programm von Castilla y León wurde seit 1986 schrittweise ausgebaut. Seit 1992 ist es in der gesamten Autonomen Region verfügbar. Es ist das einzige bevölkerungsbasierte, nicht rein opportunistische Programm in Spanien. In England hatte es seit Mitte der 1960er Jahre ein unsystematisches Screening gegeben, das aber entscheidende Mängel in der Versorgungsqualität aufwies. Daher wurde 1988 ein

organisiertes Programm eingeführt, auf das das heutige Programm zurückgeführt werden kann. Ähnlich war die Situation in Norwegen: Auch dort hatte es seit den 1960er Jahren mehrfach Versuche gegeben das bestehende, eher ineffektive, opportunistische Programm durch ein organisiertes Screening zu ersetzen, die aber alle scheiterten. Der entscheidende Beschluss wurde 1991 durch das norwegische Parlament getroffen und schon 1992 wurde ein Zytologie-Register eingeführt, das alle in Norwegen entnommenen Pap-Abstriche registriert. Dies ermöglichte die Einführung eines organisierten Screenings mit einem funktionierenden *call-/recall*-System. Seit 1995 ist ein organisiertes Screeningprogramm landesweit verfügbar.

Zu der Historie des Zervixkarzinom-Screenings in der Schweiz und bei Group Health lagen keine Daten vor. Antworten auf Emailanfragen bei Group Health legten nahe, dass das Angebot für das Zervixkarzinom-Screening existiert seit es den Pap-Test gibt, da Prävention bei Group Health immer schon eine wichtige Rolle gespielt habe.³⁸

³⁸ Emailantwort von Kristine I. Moore, Coordinator Population Based Care, Clinical Improvement and Prevention, Group Health Cooperative vom 14.08.2012, Emailantwort von Paula Lozano, Assistant Director, Preventive Care, Group Health Cooperative, Senior Investigator Group Health Research Institute vom 16.08.2012

Tabelle 11: Organisationsbezogene Elemente der Früherkennungsprogramme von Gebärmutterhalskrebs

	Deutsch- land	UK England	Nor- wegen	Schweiz Fribourg	Spanien Castilla y León	Kanada British Columbia	USA Group Health
Anreize Leistungser- bringer^{#42}	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗
Anreize Patient^{#43}	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Zusatzzahlungen Patient^{#44}	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✗
Gestalter^{#45}	g-BA	NHS Cancer Screening Programmes	Kreft- registeret	Krebsliga Schweiz	Dirección General de Salud Pública	BC Cancer Agency	Group Health, Department of Preventive Care
Aktualisierungs- prozess^{#46}	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
wird angeboten seit^{#47}	1971	1988	1991	-	1986	1949	-

Quellenangaben

Deutschland

#42 persönliche Information Norbert Donner-Banzhoff, März 2013

#43 Bonusprogramm der Techniker Krankenkasse. Webpage. URL: <http://www.tk.de/tk/leistungen-und-services/bonusprogramm/140656> [27.02.2012]

#44 Gemeinsamer Bundesausschuss. Patienteninformation – Früherkennungs-untersuchung auf Gebärmutterhalskrebs - Was Sie darüber wissen sollten. 2009. URL: http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2633/2009-06-Merkblatt-Zervix_karzinom.pdf [27.07.2012]

#45 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL) in der Fassung vom 18. Juni 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 148a, in Kraft getreten am 3. Oktober 2009, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 34: S. 864, in Kraft getreten am 3. März 2011

#47 Anttila A, Ronco G, Clifford G, Bray F, Hakama M, Arbyn M, et al. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. Br J Cancer. 2004;91(5):935-41

England (Großbritannien)

#42 Schlüsselinformanteninterview mit Ulrich Freudenstein am 08.07.2010

#45 NHS Cancer Screening Programmes. Homepage. URL: http://www.cancer_screening.nhs.uk/index.html [27.07.2012]

#46 NHS Cancer Screening Programme. Cervical Screening Pocket Guide. 2009 URL: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/cervicalpocket2009.pdf> [27.07.2012]

#47 NHS Cancer Screening Programmes. Breast and Cervical Cancer Screening – The first 20 years. 2008 URL: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/nhscsp-20years.pdf> [27.07.2012]

Norwegen

#42 Emailantwort von Bente Kristin Johansen, Leder for masseundersøkelsen mot livmorhalskreft am 23.06.2010

#43-44 Ibid.

#45 Kreftregisteret. Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Webpage. URL: <http://www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Masseundersokelsen-mot-livmorhalskreft/> [27.07.2012]

#46 Kreftregisteret. Årsrapport 2008 – masseundersøkelse mot livmorhalskreft. 2009. URL: http://www.kreftregisteret.no/Global/Publikasjoner%20og%20rapporter/Livmorhalskreft/%C3%85rsrapport_cervix2008.pdf [27.07.2012]

#47 Nygård JF, Skare GB, Thoresen S. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. J Med Screen. 2002;9(2):86-91.

Fribourg (Schweiz)

#42 Persönliche Kommunikation: Frau In-Albon, Fachberaterin Krebstelefon, 17.06.2010, 15.30 Uhr

#43-45 Ibid.

#46 Oncosuisse. Nationaler Krebsplan für die Schweiz 2011 bis 2015. Bern, 2011. S. 55. URL: www.oncosuisse.ch/file/oncosuisse/nkp/2011-2015/vollversion/NKP_Vollversion_d.pdf [11.05.2012]

Castilla y León (Spanien)

#45 Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. Programa de Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero. Januar 2011. URL: http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-prevencion-deteccion-precoz-cancer-cuello-utero.ficheros/220117-PPDPCCU+29_12_2011.pdf [26.07.2012]

#46 Ibid.

#47 Ministerio de Sanidad y Consumo. La Situación del Cáncer en España. 2005. URL: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatia/CANCER/opsc_est2.pdf [28.07.2012]

British Columbia (Kanada)

#43 BC Cancer Agency. Booklet Cervical Cancer Screening. 2006. URL: <http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/9059C0E6-3363-4DF0-9C47-75E557B0C78C/27488/bookletorangefinal.pdf> [28.07.2012.]

#44 Ibid.

#45 Email-Anfrage an CCSP BC, beantwortet von Dr. van Niekerk, Pathologe BC Cancer Agency, 24.06.2010, 22.00 Uhr

#46 Ibid.

#47 BC Cancer Agency. Cervical Cancer Screening Program – About the Program. Webpage. URL: <http://www.bccancer.bc.ca/PPI/Screening/Cervical/about.htm> [28.07.2012]

Group Health (USA)

#42-46 Email-Antwort von Robert Reid, MD, PhD, Associate Medical Director Preventive Care (Group Health Cooperative), Associate Investigator (Group Health Research Institute) vom 18.05.2010

4.4 Programme zur Früherkennung von Brustkrebs

4.4.1 Untersuchung

Die Programme zur Früherkennung von Brustkrebs sind relativ homogen in ihren **Untersuchungsinhalten**: Alle Länder bieten als Screeninguntersuchung eine Mammographie der Brüste in zwei Ebenen (cranio-caudal und medio-lateral-oblique) an. In Deutschland, Norwegen, Fribourg, Castilla y León und in British Columbia findet die Untersuchung in zweijährigen **Untersuchungsintervallen** statt. Frauen bei Group Health können das Angebot ebenfalls alle zwei Jahre in Anspruch nehmen. In Absprache mit dem behandelnden Hausarzt ist bei vorhandenen Risikofaktoren aber auch eine jährliche Screeninguntersuchung möglich. Lediglich England bietet die Untersuchung im dreijährigen Intervall an.

In fast allen Ländern sind die **Zielgruppe** für das Screeningprogramm Frauen ab 50 Jahren, in Castilla y León und in British Columbia bereits ab 45 bzw. 40 Jahren. Auch bei Group Health können Frauen mit entsprechenden Risikofaktoren ebenfalls bereits ab 40 Jahren in das Screeningprogramm aufgenommen werden. Das Screeningangebot endet in den meisten Ländern mit 69 bzw. 70 Jahren, lediglich in British Columbia können die Frauen bis zum Alter von 79 Jahren die Untersuchung in Anspruch nehmen. Damit hat das Programm in British Columbia die größte Altersspanne an Anspruchsberechtigten. England plant bis 2016 eine Ausweitung des Programms auf die Altersgruppe der 47- bis 73-Jährigen.

Aufgrund dieser Angaben ist die geringste Anzahl an **Screeningrunden** zurzeit in England bzw. bei Group Health zu

finden (mit mind. 7 bzw. 8 Runden). Auch nach der geplanten Ausweitung des englischen Programms wird die Anzahl der Screeningrunden in England nur auf 9 Runden ansteigen. Darauf folgen Deutschland und Norwegen mit jeweils mind. 10 Runden und Fribourg und Castilla y León mit 11 bzw. 13 Runden. British Columbia bietet mit 20 Screeningrunden pro Frau die meisten Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchungen an.

Tabelle 12: Untersuchungsbezogene Elemente der Früherkennungsprogramme von Brustkrebs

	Deutsch- land	UK England	Nor- wegen	Schweiz Fribourg	Spanien Castilla y León	Kanada British Columbia	USA Group Health
Zielgruppe ^{#48}	50-69 J	50-70 J*	50-69 J	50-70 J	45-69 J	40-79 J	50-65 J, u. U. bereits ab 40 J**
Mammo- graphie in 2 Ebenen ^{#49}	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Häufigkeit ^{#50}	alle 2 J	alle 3 J	alle 2 J	alle 2 J	alle 2 J	alle 2 J	alle 1-2 J**
Anzahl Screening- runden ca. ^{#51}	mind. 10	mind. 7	mind. 10	11	13	mind. 20	mind. 8

✓

ja

*

bis 2016 Ausweitung auf die Altersgruppe 47-73 Jahre, mind. 9 Runden

**

abhängig von Risikofaktoren

Quellenangaben

Deutschland

#48 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL) in der Fassung vom 18. Juni 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 148a, in Kraft getreten am 3. Oktober 2009, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 34: S. 864, in Kraft getreten am 3. März 2011

#49-50 Ibid.

#51 eigene Rechnung

England (Großbritannien)

#48 NHS Breast Cancer Screening Programme. Why are women under 50 not routinely invited for breast screening? Webpage. URL: <http://www.cancer-screening.nhs.uk/breastscreen/under-50.html> [02.08.2012]

#49 Screening for breast cancer in England: past and future - Advisory Committee on Breast Cancer Screening, NHSB Publication No 61, Feb. 2006, S. 9 URL: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/nhsbsp61.pdf> [02.08.2012]

#50 NHS Breast Cancer Screening Programme. What happens at an NHS Breast Screening Unit? Webpage. URL: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/nhsbsp61.pdf> [02.08.2012]

#51 eigene Rechnung

Norwegen

#48 Kreftregisteret. Mammografiprogrammet. Webpage. URL: <http://www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Mammografiprogrammet/> [02.08.2012]

#49 Kreftregisteret. Kvalitetsmanual Mammografiprogrammet. Oslo. 2003. S. 18. URL: http://www.kreftregisteret.no/Global/Kvalitetsmanualer/kvalitetsmanual_mammografiprogrammet.pdf [02.08.2012]

#50 Kreftregisteret. Mammografiprogrammet. Webpage. URL: www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Mammografiprogrammet/ [02.08.2012]

#51 eigene Rechnung

Fribourg (Schweiz)

#48 Swiss Cancer Screening, Krebsliga Freiburg. Wer kann daran teilnehmen? Webpage. URL: <http://www.brust-screening.ch/de/freiburg/frueherkennungs-programm> [02.08.2012]

#49 Swiss Cancer Screening. Die Mammografie. Webpage. URL: <http://www.brust-screening.ch/de/die-mammografie> [02.08.2012]

#50 Ibid.

#51 eigene Rechnung

Castilla y León (Spanien)

#48 Junta de Castilla y León, Portal de Salud Castilla y León. Detección precoz de Cáncer de mama. Webpage. URL: <http://www.saludcastillay>

leon.es/ciudadanos /es/protege-salud/salud-mujer/deteccion-precoz-cancer-mama [02.08.2012]

#49-50 Ibid.

#51 eigene Rechnung

British Columbia (Kanada)

#48 BC Cancer Agency. Screening Mammography Program. About the Program. Webpage. URL: <http://www.smpbc.ca/Program/default.htm> [03.08.2012]

#49 BC Cancer Agency. Screening Mammography Program - Annual Report 2011, S. 5. URL: <http://www.smpbc.ca/NR/rdonlyres/90CB9DE4-5625-402E-8D83-EEF2AB1901C7/0/2011AnnualReportwebFeb10.pdf> [03.08.2012]

#50 BC Cancer Agency. Screening Mammography Program. Eligibility. Webpage. URL: <http://www.smpbc.ca/faq/Eligibility.htm> [03.08.2012]

#51 eigene Rechnung

Group Health (USA)

#48 Group Health Cooperative. Breast Cancer Screening Guidelines. April 2012. URL: <http://www.ghc.org/all-sites/guidelines/breast.pdf> [15.08.2012]

#49 Group Health Cooperative. Breast Cancer Screening. Webpage. URL: <http://www.ghc.org/healthAndWellness/?item=/common/healthAndWellness/tests/screenings/mammogram.html> [15.08.2012]

#50 Group Health Cooperative. Breast Cancer Screening Guidelines. April 2012. URL: <http://www.ghc.org/all-sites/guidelines/breast.pdf> [15.08.2012]

#51 eigene Rechnung

4.4.2 Umsetzung

Das **Setting** für die Umsetzung der Untersuchung bildet in fast allen Systemen die sog. Screening-Einheit. Dabei handelt es sich um spezialisierte Zentren, die extra für die Durchführung vorwiegend präventivmedizinischer Mammographieuntersuchungen eingerichtet wurden und von speziell ausgebildeten Röntgenassistenten und Ärzten besetzt sind. Die Screening-Einheiten können stationär sein und sind dann z.B. an Krankenhäuser gekoppelt oder in Einkaufszentren untergebracht oder sie können mobil sein. In sog. Mammomobilen sind diese Screening-Einheiten in ländlichen Gebieten unterwegs.

Im Schweizer Kanton Fribourg spricht man nicht von Screening-Einheiten, sondern von sog. Röntgen-Abteilungen und -Instituten, an die man sich sowohl im Falle einer diagnostischen als auch im Falle einer Screening-Mammographie wendet. Auch bei Group Health wird nicht der Name „Screening-Einheit“ gebraucht, sondern man wendet sich bei Bedarf einer Mammographie-Untersuchung an eines der sechs *Group Health medical center*, die Mammographien durchführen können oder an einen Vertragspartner mit entsprechenden Kompetenzen. Die **Anzahl** der zum Screening vorgesehenen Einrichtungen ist nicht proportional zur Bevölkerungsgröße bzw. der Anzahl Versicherter in dem jeweiligen System (vgl. Tabelle 4).

Unterschiedliche **Aufforderungen zur Teilnahme** sind in den Programmen verankert: In allen Ländern erfolgt an die Frauen der Zielgruppe eine schriftliche Einladung, lediglich bei Group Health werden zusätzlich telefonische Erinnerungsanrufe durchgeführt, falls die letzte Mammographie länger als 24 Monate her ist. In

Deutschland, England, Norwegen und Castilla y León sind in den Einladungsschreiben Untersuchungszeit und -ort schon vorgegeben. In Fribourg, British Columbia und bei Group Health müssen die Frauen selbst mit dem Röntgen-Institut bzw. dem Mammographie-Zentrum Kontakt aufnehmen und einen Termin vereinbaren. In British Columbia ist die Kontaktaufnahme durch die Patientin nach Erhalt des ersten Einladungsschreibens die Voraussetzung, um auch in Zukunft Einladungen zum Screening zu erhalten.

Die **Inanspruchnahme** für das Brustkrebs-Screeningprogramm ist in England und Norwegen mit 76% bzw. 75% am höchsten. Danach folgen Group Health, Castilla y León und die Schweiz mit 70%, 68% und 60% respektive. In Deutschland und British Columbia liegt die Inanspruchnahme bei 55% bzw. 54%.

Werbung wird in allen Ländern/Systemen für das Mammographie-Programm gemacht. Diese findet meist in Form von Plakaten und Flyern statt. Am intensivsten ist die Werbung in British Columbia – u.a. mit Plakaten, Kühlschrankmagneten, Buttons, Broschüren und Lesezeichen. Außerdem informieren Radio- und Zeitungsberichte darüber, wenn mobile Screening-Einheiten in der Nähe sind. Group Health hat eine Internetkampagne mit dem Titel „*Make A Mammogram Promise*“.

Zu **Dokumentationsvordrucken** und definierten **Konsequenzen** aus Untersuchungsbefunden konnten nicht für alle untersuchten Länder Daten gefunden werden. In Deutschland und Castilla y León und bei Group Health sind Dokumentationsvordrucke vorhanden und Konsequenzen definiert. In Fribourg gibt es Dokumentationsvordrucke. In Norwegen gibt es im Rahmen der

Qualitätssicherung definierte Konsequenzen. Für England und British Columbia konnten keine Daten zu diesen beiden Punkten gefunden werden. Da es sich aber sowohl in England als auch in British Columbia um landesweite, organisierte Programme handelt, ist davon auszugehen, dass dennoch Dokumentationsvordrucke existieren und Konsequenzen aus Untersuchungsbefunden definiert sind.

Tabelle 13: Umsetzungsbezogene Elemente der Früherkennungsprogramme von Brustkrebs

	Deutsch- land	UK England	Nor- wegen	Schweiz Fribourg	Spanien Castilla y León	Kanada British Columbia	USA Group Health
Setting ^{#52}	Screening- Einheit	Screening- Einheit	Screening- Einheit	Röntgen- Institute	Screening- Einheit	Screening- Einheit	best. GH medical center
<i>Anzahl</i> ^{#53}	94	80	30	8	13	41	6 + Vertrags- partner
Einladung							
<i>schriftlich</i> ^{#54}	✓	✓	✓	✓	✓	✓ /-	✓ **
<i>Angabe von Zeit und Ort der Unters.</i> ^{#55}	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✗
Inanspruch- nahme ^{#56}	55%	76%	75%	60%	68%	54%	70%
Werbung ^{#57}	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dokumentations- vordrucke ^{#58}	✓	-	-	✓	✓	-	✓
definierte Konsequenzen ^{#59}	✓	-	✓	✓	✓	-	✓

✓ ja
 ✗ nein
 ✓** auch telefonisch
 ✓/- den ersten Kontakt mit
 dem Programm muss
 die Frau selbst
 herstellen, danach
 regelmäßige
 Erinnerungsschreiben
 - Daten nicht verfügbar

Quellenangaben

Deutschland

#52 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL) in der Fassung vom 18. Juni 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 148a, in Kraft getreten am 3. Oktober 2009, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 34: S. 864, in Kraft getreten am 3. März 2011

#53 Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Mammographie-Screening in Deutschland – Informationen und Adressen. Köln, 2008. S. 8. URL: http://www.mamma-screening-bremen.de/docs/doc_13.pdf [03.08.2012]

#54 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL) in der Fassung vom 18. Juni 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 148a, in Kraft getreten am 3. Oktober 2009, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 34: S. 864, in Kraft getreten am 3. März 2011

#55 Ibid.

#56 Bastos J, Peleteiro B, Gouveia J, Coleman MP, Lunet N. The state of the art of cancer control in 30 European countries in 2008. *Int J Cancer*. 2010;126(11):2700-15.

#57 Mammographie-Screening-Programm Berlin. Werbeplakat. URL: http://www.referenzzentrum-berlin.de/docs/doc_116.pdf [03.08.2012]

#58 Anlage IV der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL) in der Fassung vom 18. Juni 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 148a, in Kraft getreten am 3. Oktober 2009, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 34: S. 864, in Kraft getreten am 3. März 2011

#59 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL) in der Fassung vom 18. Juni 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 148a, in Kraft getreten am 3. Oktober 2009, zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 34: S. 864, in Kraft getreten am 3. März 2011

England (Großbritannien)

#52 NHS Breast Cancer Screening Programme. How is the breast screening programme organized? Webpage. URL: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/organised.html> [03.08.2012]

#53 Ibid.

#54 NHS Breast Cancer Screening Programme. What happens at an NHS Breast Screening Unit. Webpage. URL: <http://www.cancer-screening.nhs.uk/breastscreen/bsu.html> [03.08.2012]

#55 NHS North West London Cancer Network. Maximizing Screening Attendance – A Reference Guide. 2009. URL: <http://www.nwlc.nhs.uk/Downloads/Patient-and-Public/Maximising%20Screening%20Attendance%20v2.0.pdf> [03.08.2012]

#56 Bastos J, Peleteiro B, Gouveia J, Coleman MP, Lunet N. The state of the art of cancer control in 30 European countries in 2008. *Int J Cancer*. 2010;126(11):2700-15

#57 NHS Breast Screening Programme. NHS Breast Screening Programme Posters. Webpage. URL: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/nhsbsp-posters.html> [03.08.2012]

Norwegen

#52 Damtjernhaug, B. Er mammografiscreening nyttig og for hvilke aldersgrupper. Norsk Kirurgisk Forening. Kirurgen. Oslo 2008,2(25-27) URL: <http://www.kirurgen.no/fagstoff/endokrin-brystkirurgi/er-mammografiscreening-nyttig-og-for-hvilke-aldersgrupper-kirurgen-108> [03.08.2012]

#53 Ibid.

#54 Kreftregisteret. Mammografiprogrammet. Hvem inviteres. Webpage. URL: <http://www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Mammografiprogrammet/> [03.08.2012]

#55 Ibid.

#56 Kreftregisteret. Mammografiprogrammet. Antall inviterte og andel møtte i Mammografiprogrammet. Webpage. URL: <http://www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Mammografiprogrammet/Resultater/Antall-inviterte-og-motte/> [03.08.2012]

#57 Email-Antwort von Gunhild Mangerud, Rådgiver Mammografiprogrammet, Kreftregister vom 28.06.2010.

#58 Hofvind S, Geller B, Vacek PM, Thoresen S, Skaane P. Using the European guidelines to evaluate the Norwegian Breast Cancer Screening Program. *Eur J Epidemiol*. 2007;22(7):447-55.

#59 Ibid.

Fribourg (Schweiz)

#52 Freiburger Zentrum für Brustkrebs-Früherkennung. Röntgenabteilungen und -institute, die am Früherkennungsprogramm teilnehmen. Stand: Jan. 2012. URL: http://www.brust-screening.ch/images/stories/cantons/freiburg/docs/Liste_instituts_Januar_2012_D.pdf [03.08.2012]

#53 Ibid.

#54 http://www.brust-screening.ch/images/stories/cantons/freiburg/docs/Exemple_invitation_femme_D_FR_2009.pdf [11.05.2012]

#55 Swiss Cancer Screening, Krebsliga Freiburg. Einladung zur Früherkennung. URL: http://www.brust-screening.ch/images/stories/cantons/freiburg/docs/Exemple_invitation_femme_D_FR_2009.pdf [03.08.2012]

#56 Krebsliga Freiburg. Jahresbericht 2011. URL: http://www.brust-screening.ch/images/stories/cantons/RA_11_depistage_D.pdf [03.08.2012]

#57 Krebsliga Freiburg Jahresbericht 2008: URL: http://www.brust-screening.ch/images/stories/cantons/freiburg/docs/RA_2008_bilingue.pdf [04.08.2012]

#58 Emailantwort von Chris de Wolf, Médecin responsable – Centre fribourgeois de dépistage du cancer du sein vom 06.08.2012

#59 Ibid.

Castilla y León (Spanien)

#52 Junta de Castilla y León. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Servicio de Promoción de la Salud y Programas Preventivos. Programa de detección precoz de cáncer de mama. S. 9. URL: http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/deteccion-precoz-cancer-mama-informacion-profesionales/programa-deteccion-precoz-cancer-mama.ficheros/3886-Programa_de_Deteccion_Precoz_de_Cancer_de_Mama_en_Castilla_y_Leon.pdf [05.08.2012]

#53 Ibid.

#54 Junta de Castilla y León. Portal de Salud. Detección del cancer mama. Cómo acceder al Programa. Webpage. URL: http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/ciudadanos/tkContent?idContent=24162&locale=es_ES&textOnly=false%2520 [05.08.2012]

#55 Ibid.

#56 Castells X, Sala M, Ascunce N, Salas D, Zubizarreta R, Casamitjana M, coordinadores. Descripción del cribado del cáncer en España. Proyecto DESCRIC. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2006/01. S. 58

#57 Junta de Castilla y León. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Servicio de Promoción de la Salud y Programas Preventivos. Programa de detección precoz de cáncer de mama. S. 15. URL: http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/deteccion-precoz-cancer-mama-informacion-profesionales/programa-deteccion-precoz-cancer-mama.ficheros/3886-Programa_de_Deteccion_Precoz_de_Cancer_de_Mama_en_Castilla_y_Leon.pdf [05.08.2012]

#58 Ibid. S.22

#59 Ibid. S. 19

British Columbia (Kanada)

#52 BC Cancer Agency. Screening Mammography Program - Annual Report 2011, S. 5. URL: <http://www.smpbc.ca/NR/rdonlyres/90CB9DE4-5625-402E-8D83-EEF2AB1901C7/0/2011AnnualReportwebFeb10.pdf> [05.08.2012]

#53 Ibid.

#54 Ibid. S. 44

#55 BC Cancer Agency. Screening Mammography Program. Booking an Appointment. Webpage. URL: <http://www.smpbc.ca/faq/Booking+an+Appointment.htm> [05.08.2012]

#56 BC Cancer Agency. Screening Mammography Program - Annual Report 2011, S. 17. URL: <http://www.smpbc.ca/NR/rdonlyres/90CB9DE4-5625-402E-8D83-EEF2AB1901C7/0/2011AnnualReportwebFeb10.pdf> [05.08.2012]

#57 BC Cancer Agency. Screening Mammography Program - Annual Report 2008/2009. S. 2. URL: <http://www.smpbc.ca/NR/rdonlyres/3E0FDFD8-AAF5-4912-964A-368DF8D9433D/53064/SMPAnnualReportFINAL200809.pdf> [09.05.2012]

Group Health (USA)

#52--55 Group Health. Mammogram Locations. Webpage. URL:

<http://www.ghc.org/provider/breast-centers.jhtml> [05.08.2012]

#56 Emailantwort von Kristine I. Moore, Coordinator Population Based Care. Clinical Improvement and Prevention, Group Health Cooperative vom 14.08.2012

#57 Seattle Cancer Care Alliance, Group Health Cooperative. Make A Mammogram Promise. Webpage. URL: <http://www.mammogrampromise.org/> [16.08.2012]

#58 -59 Emailantwort von Kristine I. Moore, Coordinator Population Based Care. Clinical Improvement and Prevention, Group Health Cooperative vom 14.08.2012, Emailantwort von Paula Lozano, Assistant Director, Preventive Care, Group Health Cooperative, Senior Investigator Group Health Research Institute vom 16.08.2012

4.4.3 Organisation

In Deutschland wird die **Gestaltung** und **Aktualisierung** des Brustkrebs-Screeningprogramms von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie (KoopG) übernommen, die von den gesetzlichen Krankenkassen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) getragen wird. Sie organisiert, koordiniert und evaluiert das Programm und ist für seine Qualitätssicherung verantwortlich. Die KoopG legt dem g-BA jährlich ihre Ergebnisse der Programmevaluation vor. Der g-BA prüft die Ergebnisse und entscheidet, ob weitere Auswertungen zur Evaluation sowie Änderungen des Früherkennungsprogramms notwendig sind. Der g-BA selbst erstellt auch einen jährlichen Bericht über die Ergebnisse seiner Prüfungen und den daraus folgenden Konsequenzen.

In England wird das Programm von den *NHS Cancer Screening Programmes* und dem *Department of Health* gestaltet. Es existiert ein *Advisory Committee on Breast Cancer Screening*, das das *Department of Health* und die Minister über die Entwicklung des Programms, seine Effektivität und diesbezügliche Forschungsfragen berät. Es trifft sich regelmäßig, um evtl. nötige Aktualisierungen vorzuschlagen.

Die Gestaltung des norwegischen Brustkrebs-Screeningprogramms liegt in erster Linie in den Händen des *helse- og omsorgsdepartement* (HOD, Ministerium für Gesundheit und Soziales), unterstützt vom *kreftregister* (Krebsregister) und einer *nasjonal rådgivningsgruppe* (nationalen Ratgebergruppe). Letztere ist für den Aktualisierungsprozess zuständig und ist als multidisziplinäres Team zusammengesetzt. Die Mitglieder der nationalen Ratgebergruppe werden für vier Jahre ernannt,

arbeiten ehrenamtlich und treffen sich alle sechs Monate, um das Programm zu evaluieren und evtl. Änderungsvorschläge zu machen. Das nationale Krebsregister ist für den täglichen Ablauf und die Verwaltung des Brustkrebs-Screeningprogramms zuständig.

In der Schweiz macht die Krebsliga Schweiz Vorschläge für die Gestaltung von Brustkrebs-Früherkennungsprogrammen, die aber nicht verbindlich sind. Für die Gestaltung des kantonalen Programms in Freiburg (Fribourg) ist das Freiburger Zentrum für Brustkrebsfrüherkennung zuständig. Es waren keine Daten zu Aktualisierungsprozessen zu finden.

In Castilla y León sind die Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche zwischen den beteiligten Akteuren innerhalb des Programms klar verteilt. Für den regelmäßigen Aktualisierungsprozess ist die *Dirección General de Salud Pública* (Institut für Öffentliche Gesundheit) der Provinz Castilla y León zuständig, allerdings war nicht ersichtlich, wie dieser Prozess abläuft und organisiert ist.

In British Columbia ist für das Brustkrebsfrüherkennungsprogramm wie auch für die Früherkennung des Zervixkarzinoms die *BC Cancer Agency* zuständig. Dabei arbeitet sie mit den *provincial health services authorities* (Gesundheitsbehörden auf Provinzebene) zusammen und es bestehen regelmäßige Treffen der beteiligten Akteure für evtl. Überarbeitungen des Programms.

Bei Group Health sind ebenfalls enge Parallelen zum Zervixkarzinom-Screeningangebot zu ziehen. An der Gestaltung des Brustkrebs-Screeningprogramms ist das *Group Health Research Institute* maßgeblich beteiligt und dafür sorgt, dass das Programm

regelmäßig überarbeitet und neuen Forschungsergebnissen angepasst wird.

Der Beschluss zu dem **Beginn** eines Mammographie-Screeningprogramms in Deutschland wurde im Jahr 2002 vom deutschen Bundestag der Beschluss gefasst. Im darauffolgenden Jahr wurde die KFE-RL entsprechend geändert und 2005 startete das Programm mit den ersten Screening-Einheiten. Bis zum Jahr 2009 war die flächendeckende Versorgung mit Mammographie-Einheiten abgeschlossen.

Das englische Mammographie-Programm geht auf einem Beschluss von 1986 zurück. Das Programm wurde eingeführt, da in England zu dieser Zeit die höchste Mortalität an Brustkrebs in ganz Westeuropa und Nordamerika bestand. 1988 wurde das Programm eingeführt.

In Norwegen begann das staatliche Mammographie-Screening mit einem Pilotprojekt in vier Bundesländern (*fylker*) in den Jahren 1995/1996. Nach der ersten Screeningrunde wurde 1998 vom norwegischen Parlament (*Stortinget*) beschlossen, ein landesweites Programm einzuführen. Schrittweise nahmen die Provinzen das Programm auf. Bis 2004 wurde eine landesweite Ausdehnung erreicht. Seit Ende 2005 haben alle Frauen innerhalb der Zielgruppe Zugang zum Screening-Programm.

Das Screening-Programm im Kanton Fribourg (Schweiz) begann 2004. Nähere Informationen zu Hintergründen waren nicht zu finden.

In der spanischen Autonomen Region Castilla y León begann das Programm 1992 in vier Provinzen. Nach und nach wurde das Programm auch in anderen Provinzen eingeführt und die ersten

festen Screening-Einheiten wurden aufgebaut. Das Programm erreicht 100% der anspruchsberechtigten Frauen.

In British Columbia wurde das Programm 1988 eingeführt und war damit das erste provinzweite Brustkrebs-Screeningprogramm in Kanada. Der Hintergrund war, dass Mitte der 1980er Jahre die ersten positiven Erfolge von Screeningprogrammen aus Schweden und den Niederlanden verzeichnet wurden und sich die Idee des Mammographie-Screenings rasch ausbreitete. Dies führte im Jahr 1987 zur Zusammenarbeit der *BCCA Breast Tumour Group* und der *BC Radiological Society*, um einen Vorschlag zu einem Früherkennungsprogramm für Brustkrebs in British Columbia zu erarbeiten. 1988 präsentierten sie ihren Vorschlag der *Medical Services Commission* (Institution, die die Gesundheitsleistungen in B.C. festlegt), die die Einführung des Programms veranlasste. Das Brustkrebs-Screeningprogramm von Group Health gibt es seit 1985. Allerdings waren keine weiteren Daten zu den Hintergründen der Implementierung zu finden.

Tabelle 14: Organisationsbezogene Elemente der Früherkennungsprogramme von Brustkrebs

	Deutsch- land	UK England	Norwegen	Schweiz Fribourg	Spanien Castilla y León	Kanada British Columbia	USA Group Health
Gestalter ^{#60}	Kooperations- gemeinschaft Mammo- graphie/g-BA	NHS Cancer Screening Programmes/ DoH	nationale Ratgeber- gruppe/Kreft- register/ HOD	Freiburger Zentrum für Brustkrebs- früherkennung/ VBKF	Dirección General de Salud Pública y Consumo	BC Cancer Agency	GHRI/Group Health
Aktualisierungs- prozess ^{#61}	jährlich	regelmäßig	alle 6 Monate	wird z.Zt. implementiert	regelmäßig	regelmäßig	regelmäßig
wird angeboten seit... ^{#62}	2005	1988	1995	2004	1992	1988	1985

- keine Daten vorliegend

g-BA gemeinsamer Bundesausschuss

DoH Department of Health (Gesundheitsministerium)

HOD Helse- og Omsorgsdepartment (Gesundheitsministerium)

VBKF Verband für Brustkrebsfrüherkennung

GHRI Group Health Research Institute

Quellenangaben

Deutschland

#60 Kooperationsgemeinschaft Mammographie – Wir über uns. Webpage. URL: <http://www.mammo-programm.de/kooperationsgemeinschaft-mammographie/wir-ueber-uns.php> [06.08.2012]

#61 Ibid.

#62 Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Evaluationsbericht 2005-2007 - Die Ergebnisse des Mammographie-Screening-Programms in Deutschland. Köln, 2009. URL: <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2731/2009-09-21-Evaluationsbericht.pdf> [06.08.2012]

England (Großbritannien)

#60 Advisory Committee on Breast Cancer Screening. Screening for breast cancer in England – past and future. NHSB Publication No 61, Feb. 2006 URL: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/nhsbsp61.pdf> [06.08.2012]

#61 Ibid.

#62 NHS Breast Screening Programme. The Forrest Report. Webpage. URL: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/forrest-report.html> [06.08.2012]

Norwegen

#60 Kreftregister. Mammografiprogrammet. Organisering. Webpage. URL: <http://www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Mammografi-programmet/> [06.08.2012]

#61 Email-Antwort von Gunhild Mangerud, Rådgiver Mammografi programmet – Kreftregister vom 28.06.2010.

#62 Kreftregister. Mammografiprogrammet. Organisering. Webpage. URL: <http://www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Mammografi-programmet/> [06.08.2012]

Fribourg (Schweiz)

#60 Schweizerischer Verband der Brustkrebs-Früherkennungsprogramme (VBKF) – Brustkrebs frühzeitig erkennen – Heilungschancen verbessern. Leporello. URL: http://www.brust-screening.ch/images/stories/fed/docs/VBKF_Leporello_D.pdf [07.08.2012]

Swiss Cancer Screening. Präsentation. URL: <http://www.brust-screening.ch/de/freiburg/presentation> [07.08.2012]

#61 Emailantwort von Chris de Wolf, Médecin responsable – Centre fribourgeois de dépistage du cancer du sein vom 06.08.2012

#62 Bastos J, Peleteiro B, Gouveia J, Coleman MP, Lunet N. The state of the art of cancer control in 30 European countries in 2008. Int J Cancer. 2010;126(11):2700-15.

Castilla y León (Spanien)

#60 Junta de Castilla y León. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Servicio de Promoción de la Salud y Programas Preventivos. Programa de detección precoz de cáncer de mama. S. 25. URL: <http://www.salud>

castillayleon.es/ profesionales/ es/programas-guias-clinicas/programas-salud/deteccion-precoz-cancer-mama-informacion-profesionales/programa-deteccion-precoz-cancer-mama.ficheros/3886-Programa_de_Deteccion_Precoz_de_Cancer_de_Mama_en_Castilla_y_Leon.pdf
[06.08.2012]

#61 Ibid. S. 29

#62 Ibid. S. 9

British Columbia (Kanada)

#60 BC Cancer Agency. Screening Mammography Program – Fact Sheet. Januar 2011. URL: <http://www.smpbc.ca/NR/rdonlyres/6DBF8A68-F8B0-40F6-AE1B-5B41DE691FF5/51483/2011SMPPublicFactSheetFINAL.pdf>
[07.08.2012]

#61 BC Cancer Agency. Screening Mammography Program - Annual Report 2011, S. 7. URL: <http://www.smpbc.ca/NR/rdonlyres/90CB9DE4-5625-402E-8D83-EEF2AB1901C7/0/2011AnnualReportwebFeb10.pdf> [07.08.2012]

#62 BC Cancer Agency. Screening Mammography Program - Annual Report 2011, S. 4. URL: <http://www.smpbc.ca/NR/rdonlyres/90CB9DE4-5625-402E-8D83-EEF2AB1901C7/0/2011AnnualReportwebFeb10.pdf> [07.08.2012]

Group Health (USA)

#60-61 Email-Antwort von Robert Reid, MD, PhD, Associate Medical Director Preventive Care (Group Health Cooperative), Associate Investigator (Group Health Research Institute) vom 18.05.2010

#62 Group Health. Breast Cancer Surveillance. Webpage. URL: <http://www.grouphealthresearch.org/surveillanceproject/public/screening.html>
[15.08.2012]

4.5 Übergreifende Analyse

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die Untersuchungen sowie bestimmte Punkte von Umsetzung und Organisation von Früherkennungsangeboten in sieben verschiedenen Gesundheitssystemen detailliert beschrieben. Dabei wurde faktisch-deskriptiv vorgegangen und die einzelnen Elemente der jeweiligen Angebote wurden einander gegenübergestellt. Mit diesem Kapitel soll sich nun eine übergreifende Analyse anschließen.

Früherkennung kardiovaskulärer Erkrankungen

Die Angebote zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind sowohl in ihren Untersuchungsinhalten als auch in Umsetzung und Organisation heterogen aufgebaut. Die Strukturen reichen von Leitlinien-Empfehlungen (Castilla y León, Schweiz, Norwegen) über Anreizzahlungen für Ärzte (British Columbia) zu opportunistischen und bevölkerungsbasierten Programmen (Deutschland bzw. Group Health, USA, und England).

Bei der amerikanischen *Health Maintenance Organization* Group Health hat Prävention im Versorgungsalltag seit ihrer Gründung eine große Rolle eingenommen. Entscheidend ist hierbei, dass durch einen festen Betrag (Beiträge der Versicherten), die Versorgung gesichert sein muss und diese direkt durch die Leistungserbringer umgesetzt werden kann (*payer* und *provider* sind integriert). Dadurch entsteht ein unmittelbares Interesse an Gesundheitserhalt und Prävention.

In British Columbia und in England existieren die Maßnahmen zur Früherkennung kardiovaskulärer Erkrankungen in der hier

betrachteten Form erst seit kurzer Zeit. Die Ansätze sind dabei sehr unterschiedlich (Anreizzahlung für Ärzte vs. bevölkerungsbasiertes Programm) und aus verschiedenen Beweggründen entstanden. In British Columbia existierte bereits ein Programm mit finanziellen Anreizen für Hausärzte, das die Popularität des Fachs Allgemeinmedizin steigern und zur verbesserten Patientenversorgung beitragen sollte. In die bestehenden Strukturen wurde die hier untersuchte *personal health risk assessment fee* als weiteres Angebot eingebettet. In England hingegen war der *NHS Health Check* die Reaktion auf die Forderung des *UK National Screening Committee* nach einem kardiovaskulären Risiko-Management-Programm aufgrund der Zunahme lebensstilbezogener Erkrankungen.

Im Vergleich zu den anderen Programmen zeigt sich die deutsche Gesundheitsuntersuchung als veraltete Intervention, da sie aus einer Zeit stammt, in der die Frage nach Evidenz noch nicht gestellt wurde. Dies könnte nur unter großem bürokratischem Aufwand angemessen revidiert werden.

Von den Gesundheitssystemen, die keine Programme zur Früherkennung kardiovaskulärer Erkrankungen anbieten, scheint dies in Norwegen bewusst, auf der Basis epidemiologischer Daten, erfolgt zu sein. Dies steht im Gegensatz zum schweizerischen System, in dem Prävention allgemein noch "in den Kinderschuhen steckt" und erst allmählich ausgebaut wird.

Im staatlichen Gesundheitssystem Spaniens erfolgt die Herz-Kreislauf-Prävention ebenfalls nicht als organisiertes, staatliches Programm, sondern opportunistisch im Rahmen des auf Fachgesellschaften basierten Programms *PAPPS*.

Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs

Die Früherkennungsuntersuchungen zu Gebärmutterhalskrebs sind verhältnismäßig gleichartig in den hier untersuchten Elementen, auch wenn einige „Ausreißer“ zu erkennen sind.

Die Untersuchung wird in allen Ländern als relevant erachtet. Der Pap-Test (bzw. die LBC in England und Norwegen) ist am weitesten verbreitet, nur in Spanien wird zur Verlängerung des Untersuchungsintervalls bei älteren Frauen zusätzlich zum Pap-Test auch ein HPV-Test durchgeführt.

Die Untersuchungszeiträume sind ebenfalls in allen Ländern der Stichprobe ähnlich. Fast alle bieten die Untersuchung zur Gebärmutterhalskrebsfrüherkennung alle zwei bis drei, z.T. sogar nur alle fünf Jahre an; Deutschland ist das einzige Land, das jährliche Intervalle anbietet. Die Häufigkeit der Untersuchung ist ein Merkmal, das Deutschland von den anderen Systemen der Stichprobe unterscheidet. Außerdem fehlt hier eine obere Altersgrenze zur Eingrenzung der Zielgruppe, sodass – ausgehend von einer Lebenserwartung von 80 Jahren – theoretisch mehr als 60 Screeningrunden möglich sind. In den anderen Ländern kommt man auf 12 bis 28 Runden, was weniger als der Hälfte an Screeningrunden bei deutschen Frauen entspricht.

Die Umsetzung der Untersuchung wird in fast allen Ländern durch die Hausärzte und z.T. auch von anderen Gesundheitsberufen (*practice nurse*, Hebamme) vorgenommen. Lediglich in Deutschland wird die Untersuchung vorwiegend vom Spezialisten durchgeführt.

Opportunistisch ist das Screening in Deutschland, Spanien und in der Schweiz. Trotzdem ist die Teilnehmerrate in Deutschland mit 60-80% relativ hoch. Möglicherweise sorgt dort der ohnehin häufige Arztkontakt von Frauen mit ihrem Gynäkologen für die hohe Teilnehmerrate. Altersadaptierte Teilnehmerraten zeigen in Deutschland eine Abnahme der Teilnahme in höherem Alter, dies relativiert möglicherweise die durch das Fehlen einer oberen Altersgrenze theoretisch mögliche Überversorgung bei älteren Frauen.

In Spanien ist die Teilnehmerrate mit 40% im Vergleich recht gering. Aus epidemiologischer Sicht würde es dort aufgrund der niedrigen Inzidenz des Zervixkarzinoms aber ausreichen, nur Frauen mit erhöhtem Risiko auf Gebärmutterhalskrebs zu untersuchen, sodass zu diskutieren wäre, ob die Teilnehmerrate von 40% unter den gegebenen Umständen nicht eher zu hoch als zu niedrig ist.³⁹

Unter den organisatorischen Elementen fällt auf, dass es in keinem System der Stichprobe Anreize für Leistungserbringer für das Durchführen der Untersuchung gibt. Bei der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs handelt es sich um ein etabliertes Verfahren, das anscheinend keiner weiteren Förderung bedarf. Deutschland ist das einzige Land, das Anreize für die teilnehmenden Patientinnen setzt. Es wäre zu diskutieren, ob dieses Vorgehen die Teilnahme trotz fehlender Einladungen erhöht.

Auffällig bei der Gegenüberstellung der Systeme dieser Stichprobe im Hinblick auf Gebärmutterhalskrebs ist die deutliche

³⁹ Schlüsselinformanteninterview mit Juan Gervas am 23.07.2012

Überversorgung in Deutschland, die nicht kongruent zu den Empfehlungen der *U.S. Preventive Service Task Force* ist. Auch in der Schweiz ist das Fehlen einer oberen Altersgrenze nicht evidenzbasiert.

Die Schweiz und Deutschland gehen also ihre eigenen Wege, da dort das Screening theoretisch bis ins hohe Alter möglich ist, es opportunistisch erfolgt und keine regelmäßigen Aktualisierungen vorgesehen sind. Hier zeichnen sich Parallelen zur deutschen Gesundheitsuntersuchung ab.

Auch in Spanien existiert ein opportunistisches Angebot. Aufgrund der geringen Inzidenz des Zervixkarzinoms ist das Screening hier generell als kritisch zu bewerten und die Evidenz der Maßnahme nicht gegeben.

Die anderen Länder innerhalb der Stichprobe haben in den letzten Jahrzehnten die Umstellung von opportunistischen zu organisierten Screeningangeboten vollzogen.

Früherkennung von Brustkrebs

Auch bei der Brustkrebsfrüherkennung sind – wie auch bei der Früherkennung des Zervixkarzinoms – Ähnlichkeiten zwischen den einzelnen Programmen zu verzeichnen. Es existieren sehr einheitliche Strukturen, was insofern erstaunlich ist, als dass die Brustkrebsfrüherkennung aus wissenschaftlicher Sicht ein sehr umstrittenes Angebot ist.

Alle Länder der Stichprobe bieten als Untersuchungsmethode die Mammographie in zwei Ebenen an und auch das Untersuchungsintervall ist ähnlich (alle zwei Jahre). Nur England bietet die Untersuchung alle drei Jahre an, Group Health hingegen alle ein bis zwei Jahre, abhängig vom Risikoprofil der Frauen. Das

Alter der Zielgruppe variiert in den hier untersuchten Systemen, es werden Frauen zwischen 50 und 70 Jahren untersucht. In Spanien wird das Screening bereits mit 45 Jahren begonnen und bei Group Health bereits mit 65 Jahren beendet. Auffällig ist außerdem, dass bei Group Health - je nach Risikoprofil - schon ab 40 Jahren mit regelmäßigen Screeninguntersuchungen begonnen werden kann. British Columbia sticht heraus, weil dort das Screening regulär schon im Alter von 40 Jahren beginnt und erst mit 79 Jahren endet. In British Columbia werden den Frauen dadurch 23 Screeningrunden zuteil, in den anderen Ländern sind es bloß sieben (England) bis 13 (Castilla y León).

Die Umsetzung der Untersuchung erfolgt in allen Ländern der Stichprobe in bestimmten, extra für das Screening eingerichteten Institutionen und läuft damit – anders als die anderen Früherkennungsmaßnahmen – separat von der normalen medizinischen Versorgung. Die Frauen werden schriftlich zum Screening eingeladen. In fast allen Ländern erhalten sie die Einladung automatisch sobald sie in das entsprechende Alter kommen. Eine Ausnahme stellt wiederum British Columbia dar, hier muss die erste Kontaktaufnahme mit dem Screeningprogramm durch die Frau selbst erfolgen, indem sie sich für das Screening anmeldet.

Die Teilnahme am Screening ist in Deutschland und British Columbia im Vergleich eher niedrig (55% bzw. 54%), in England und Norwegen eher hoch (76% bzw. 75%). Allerdings sind auch hier die Teilnehmerraten Sekundärdaten und unter Umständen nicht vergleichbar.

Aufgrund mangelnder Datenlage war eine Aussage über Vordrucke für die Untersuchung und über Konsequenzen aus

Untersuchungsbefunden nicht möglich. Da aber alle Länder dieser Stichprobe Programmcharakter haben, ist davon auszugehen, dass diese Strukturen dennoch existieren.

Die Gestaltung der Früherkennungsuntersuchung auf Brustkrebs wird im Wesentlichen von den gleichen Institutionen übernommen, die auch für die Gestaltung der Programme zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs verantwortlich sind. In der Schweiz ist dies nicht der Fall, da dort das Zervixkarzinom-Screening nicht als Programm organisiert ist, sondern auf den Empfehlungen der Fachgesellschaften basiert. Aktualisierungsprozesse sind überall vorhanden oder werden derzeit implementiert, wie etwa in dem hier untersuchten schweizerischen Kanton Fribourg.

5 Diskussion

Diese Arbeit verfolgte die Frage, welche Maßnahmen zur Früherkennung von kardiovaskulären Erkrankungen, von Gebärmutterhalskrebs und Brustkrebs in sieben verschiedenen Ländern angeboten werden und wie diese Präventionsmaßnahmen und nationalen Vorsorgeprogramme in dem jeweiligen Gesundheitssystem umgesetzt und organisiert werden. Die Arbeit wurde als Fallstudie konzipiert, bei der die sieben verschiedenen Länder mit ihren jeweiligen Früherkennungsangeboten zur kardiovaskulären Primär- bzw. gynäkologischen Sekundärprävention die einzelnen Fälle darstellten. Mittels Internetrecherche wurden qualitative Daten erhoben, in einer Matrix zusammengetragen und durch Schlüsselinformanteninterviews trianguliert. An ihre deskriptive Darstellung schloss sich eine übergreifende Analyse an. Im Folgenden soll nun die angewandte Methode diskutiert, ein Vergleich mit der bestehenden Literatur vorgenommen und eine analytische Schlussfolgerung gezogen werden.

5.1 Methodenkritik

Die Untersuchung wurde als qualitative, multiple Fallstudie (*multiple case study*) konzipiert. So konnten die verschiedenen Präventionsmaßnahmen in ihrem jeweiligen Kontext untersucht und ein umfassendes Bild der Inhalte, Organisationsformen und Umsetzungsarten von Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen in sieben verschiedenen Gesundheitssystemen gezeichnet werden.

In die Stichprobe wurden Gesundheitssysteme eingeschlossen, deren Organisationsformen, Finanzierungsmodelle und Ausprägung des Primärarztsystems eine recht große Vielfalt widerspiegeln. Auch die betrachteten Aspekte zeichnen ein umfassendes Bild von Inhalten, Umsetzung und Organisation von Früherkennungsmaßnahmen. Die gewählten „Einschlusskriterien“ decken also ein großes Feld an Gesundheitssystemformen und Aspekten von Früherkennungsuntersuchungen ab. Dadurch kommt eine recht heterogene Stichprobe zustande, die einerseits viele Informationen zu Früherkennungsmaßnahmen liefert, andererseits jedoch die Entschlüsselung übergreifender Bestrebungen und Trends, die evtl. mit dem Gesundheitssystemkontext in Zusammenhang stehen, erschwert.

Neben der Datenerhebung mittels Internetrecherche (Dokumentanalyse) kamen auch Schlüsselinformanteninterviews zum Einsatz. Diese sog. Triangulation (s. Kapitel 1.6.3) der Datenquellen trägt zur internen Validität der Studie bei (Patton, 1999), was als methodische Stärke der vorliegenden Arbeit zu werten ist. Allerdings wurde nur ein Interview pro Land geführt. Da es sich bei den Interviewpartnern aber um Experten handelte, ist von einem quantitativen nicht automatisch auf ein qualitatives Defizit zu schließen. Es wäre aber interessant gewesen zu erfahren, ob die Antworten zu den eher auf Einschätzungen und eigene Bewertungen abzielenden Fragen bei mehreren Interviewpartnern pro Land ähnlich ausgefallen wären – ob also die Experten innerhalb eines Landes die Situation zu Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen ähnlich beurteilen. Eine

höhere interne Validität hätte erzielt werden können, wenn die Ergebnisse durch die Schlüsselinformanten gegengelesen worden wären. Aufgrund der sprachlichen Unterschiede war dies aber nicht praktikabel.

Die Daten, die für diese Arbeit erhoben wurden, waren öffentlich zugängliche Richt- oder Leitlinien, Gesetztestexte, Schreiben zur Patienteninformation, Broschüren von Krankenkassen oder sie stammten aus Publikationen zum Thema. Es handelt sich also um Sekundärdaten, die für diese Arbeit gesichtet und zusammengetragen wurden. Daher ist, besonders bei den quantitativen Elementen (Teilnehmerquoten) die Vergleichbarkeit nur eingeschränkt möglich. Dies wurde aber in der Auswertung der Daten berücksichtigt. Außerdem mischen sich zu unterschiedlichen Anteilen Daten aus Selbst- und Fremddarstellungen. Eine dadurch möglicherweise entstandene Verzerrung ist nicht auszuschließen.

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass nur ein Untersucher für das Zusammentragen der Daten in allen sieben Ländern zuständig war. Die Informationen lagen zumeist in Landessprache vor, manchmal zusätzlich auf Englisch. Es kann zu einem Selektionsbias gekommen sein, da beispielsweise nur einfach geschriebene, übersichtliche Texte berücksichtigt worden sein könnten. Andererseits konnten durch die Schlüsselinformanteninterviews eventuelle Missverständnisse aufgedeckt und unklare Sachverhalte erklärt werden.

Darüber hinaus ist noch der lange Zeitraum der Datenerhebung, von Januar bis August 2010 und von Januar bis August 2012, als kritischer Aspekt zu betrachten. Ein langes Datenerhebungs-

verfahren könnte in einem dynamischen Feld wie der Versorgungsforschung unvorteilhaft sein. Am Ende der Erhebung wurden jedoch alle verwendeten Daten auf ihre Aktualität überprüft.

Insgesamt bedingt die hier gewählte Kombination von Forschungsfrage und Studiendesign ein stark interpretatives Vorgehen bei der Auswertung und Analyse der Daten. Dies erhöht das Risiko eines *bias*.

5.2 Literaturvergleich

Zum Thema der Untersuchungsinhalte, Umsetzungspraktiken und Organisationsstrukturen von Maßnahmen zur kardiovaskulären Primär- und gynäkologischen Sekundärprävention im internationalen Vergleich ist nur wenig Literatur zu finden. Drei Studien werden hier vorgestellt:

Eine Teilstudie im Rahmen des *EPA Cardio Project* unter Leitung der Bertelsmann-Stiftung (Gütersloh) und dem *Centre for Quality of Care Research* (Radboud-Universität, Nijmegen) von van Lishout et al. (2008) mit dem Titel *Prevention of cardiovascular diseases: The role of primary care in Europe* beschreibt Programme zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in zehn europäischen Ländern und Israel (van Lishout, Wensing, & Grol, 2008). Davon überschneiden sich Deutschland, Großbritannien, Spanien und die Schweiz mit den Ländern, die auch in dieser Arbeit betrachtet wurden. Allerdings wurde bei der Untersuchung im Rahmen des *EPA Cardio Project* hauptsächlich die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen betrachtet, gynäkologische Programme wurden nicht untersucht.

Für die Datenerhebung wurden Länder-Koordinatoren ausgewählt, die für ihr eigenes Land fünf Schlüsselinformanten rekrutierten, die nach vorgegebenen Einschlusskriterien Programme identifizierten und die entsprechenden Informationen an die Länder-Koordinatoren weiterleiteten. Die von den Projektleitern verfassten endgültigen Berichte wurden abschließend von den jeweiligen Koordinatoren auf Genauigkeit und Vollständigkeit gegengelesen. Methodisch war die Studie also sehr viel aufwendiger und breiter angelegt als es im Rahmen dieser Dissertation möglich war.

Beim *EPA Cardio Project* wurden folgende Merkmale der Programme aufgezeichnet: Hauptzielgruppe (Gemeinde und Patienten, Fachleute oder beides), Hauptziel der Maßnahme (Aufklärung und Motivation, organisatorische Veränderungen oder beides), Vorhandensein finanzieller Anreize, Vorhandensein professioneller Beteiligung (Fachorganisationen, Teilnehmergruppen als Entscheidungsträger), Fokus auf Lebensstiländerung oder *disease management*, Fokus auf ausschließlich kardiovaskuläre Erkrankungen oder auf mehrere Krankheiten, *top down*- oder *bottom up*-Führung, landesweite oder kleinere Programme, Evaluation als fester Bestandteil des Programms. Als Gesundheitssystemmerkmal wurde die Ausprägung des Primärarztsystems nach Macinko et al. angegeben (Macinko, Starfield, & Shi, 2003).

Die Darstellung der Daten erfolgte – wie auch in der vorliegenden Arbeit – aufgrund der geringen Stichprobengröße vorwiegend deskriptiv. Für eine statistische Auswertung wurden die Eigenschaften, die von 80% oder mehr Ländern geteilt wurden, als gängige Programmeigenschaften klassifiziert. Dabei zeigte sich, dass Fachleute als Zielgruppe und Abzielen auf Motivation und

gesundheitliche Aufklärung sowie das Bestehen von Maßnahmen zur Programm-Evaluation gängige Eigenschaften waren.

In Ländern mit ausgeprägtem Primärarztsystem zielten die Programme eher auf *disease management* im Rahmen von sekundärpräventiven Maßnahmen ab, waren häufiger landesweit verbreitet und fast ausschließlich auf kardiovaskuläre Erkrankungen ausgerichtet. In Ländern mit schwach ausgeprägtem Primärarztsystem waren die Programme auf die Verbesserung von primärpräventiven, lebensstilbezogenen Interventionen ausgerichtet.

Das Hauptaugenmerk dieser Teilstudie des *EPA Cardio Project* liegt also auf dem Zusammenhang zwischen Hausarztsystem und der Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen. Festzuhalten ist aber – trotz der erschwerten Vergleichbarkeit beider Studien –, dass sich die erhobenen Daten in den entsprechenden Ländern mit den Daten zu kardiovaskulären Erkrankungen dieser Arbeit decken. Auffällig ist, dass – wie in der vorliegenden Arbeit – auch in der Stichprobe des *EPA Cardio Project* die Programme heterogen strukturiert und organisiert sind. Dieses Phänomen ist anscheinend nicht allein durch die Stichprobenauswahl dieser Arbeit zustande gekommen. Verallgemeinerungen auf kardiovaskuläre Präventionsprogramme generell sind aber trotz ähnlicher Ergebnisse in beiden Studien dennoch nicht zulässig.

Die *EuroHeart*-Studie ist eine weitere Studie, die die Lage zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen in europäischen Ländern untersucht. Sie wurde vom *European Heart Network* durchgeführt (Cowburn G, 2009). Allerdings decken sich nur drei von 16 Ländern mit den betrachteten Ländern dieser Arbeit

(Deutschland, Norwegen und England). Der Fokus liegt zwar ebenfalls auf Strategien für nationale, kardiovaskuläre Präventionsmöglichkeiten, deckt jedoch eher Gesundheitsförderungsprogramme und den *Public Health*-Bereich ab. Dies sind der Primärprävention eng benachbarte Bereiche, konnten aber in der vorliegenden Arbeit nicht mit berücksichtigt werden. Es wäre zu diskutieren, ob ein breites Angebot von Gesundheitsförderungsprogrammen Einfluss auf die Implementierung und das Versorgungsangebot von Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen hat.

Eine Studie von Anttila et al (2004) befasst sich mit der Situation zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs in verschiedenen Ländern (Anttila et al., 2004). Sie basiert auf einer Fragebogenerhebung und beschreibt die Richtlinien und Organisationsmerkmale von Zervixkarzinom-Screeningprogrammen in 18 europäischen Ländern. Untersucht wurden die Screening-Richtlinien (Jahr der Programmeinführung, Zielgruppe, Screening-Intervall nach normalem Testergebnis, Kosten der Abstrich-Untersuchung für die Frau) und organisationsbezogene Punkte (Einladung an alle Frauen der Zielgruppe oder nur an die ohne vorangegangenen Abstrich, persönliche Einladung, Datenquelle für die Adressierung der Einladungen, individuelle, zentrale Registrierung von Einladung und Arztkontakt, Veränderungen des Screeningprogramms in den vergangenen Jahren). Außerdem wurden prozess- und leistungsbezogene Maßnahmen untersucht (Ausbreitung der Einladungen und geographische Verteilung, Teilnehmerquote, Anzahl der Frauen, die mindestens einmal im vorgegeben Zeitintervall untersucht wurden, Vorhandensein von Daten zur Detektionsrate von

histologisch bestätigten kanzerösen oder präkanzerösen Befunden, Grad der Läsion).

Die Ergebnisse der entsprechenden Länder wurden mit existierenden EU-Richtlinien und Empfehlungen anderer Institutionen verglichen. Der Vergleich zeigte, dass nur wenige Länder die Empfehlungen der Europäischen Union umsetzten. Besonders auffällig waren Defizite in Hinblick auf Teilnehmerquoten der Zielpopulation, schlechte Dokumentation, Evaluation und Überwachung (*monitoring*), sowie die exzessive Anzahl an empfohlenen Tests und die kurzen Screening-Intervalle, die nicht den langen präklinischen Verlauf des Zervixkarzinoms berücksichtigen (s. Kapitel 1.1). Insgesamt existiert eine große Variation in der Organisation von europäischen Zervixkarzinom-Screening-Programmen. Zum Prozess und zur Durchführung seien nur wenige Daten verfügbar gewesen. Dies war auch bei der vorliegenden Arbeit der Fall, in der einige organisationsbezogene Elemente nur in dichotomer Form vorlagen (vorhanden/nicht-vorhanden) und nicht tiefergehend betrachtet werden konnten (Dokumentationsvordruck, Aktualisierungsprozess).

Die große Variation in der Umsetzung der Zervixkarzinom-Screening-Programme, die bei Anttila et al. (2004) gefunden wurde, konnte in der Stichprobe dieser Arbeit zunächst nicht bestätigt werden. In der vorliegenden Arbeit schienen alle Länder bis auf Deutschland relativ einheitliche Vorgehensweisen aufzuweisen. Bei Anttila et al. wurden allerdings 18 europäische Länder betrachtet, wohingegen in dieser Arbeit fünf europäische und zwei amerikanische Länder untersucht wurden. Die Länder, die in beiden Studien betrachtet wurden, waren Deutschland,

Großbritannien, Spanien und die Schweiz. Für Spanien wurde bei Anttila et al. allerdings Catalonia und nicht Castilla y León untersucht, sodass nur in vier Fällen eine Überschneidung vorliegt. Hier waren die gefundenen Daten in beiden Arbeiten kongruent, was die externe Validität untermauert.

5.3 Analytische Schlussfolgerung

Die übergreifende Analyse (siehe Kapitel 4.5) der Früherkennungsuntersuchungen der sieben verschiedenen Länder dieser Arbeit hat deutlich gemacht, dass trotz des Wissens um evidenzbasierte Maßnahmen (z.B. durch die USPSTF), sich diese nicht immer im Versorgungsalltag wiederfinden, dass die Handhabung von Screeningprogrammen variiert und übergeordnete und wichtige Programmmerkmale, z.B. Qualitätssicherung, Einladungen durch eine zentrale Stelle, Evaluationsprozesse usw. (Raffle & Gray, 2007) nicht immer erfüllt werden. Die Heterogenität der Strukturen, Organisationsformen und Umsetzungsarten von Früherkennungsprogrammen kann nicht allein durch unterschiedliche Finanzierungsweisen, Verschiedenheit der Zugangswege zum Gesundheitssystem oder durch die Bevölkerungsgröße der Länder hinreichend erklärt werden. Bezugnehmend auf die Ergebnisse, die diese Arbeit hervorgebracht hat, sollen die verschiedenen Einflussfaktoren, die auf die Gestaltung von Screeningprogrammen einwirken, im weiteren Verlauf dieses Kapitels erörtert werden.

Raffle und Gray identifizieren für die politische Entscheidungsfindung in Gesundheitsfragen vier Haupteinflussgrößen: Evidenz,

Ressourcen, Werte und Überzeugungen – alle vier werden von kommerziellen Interessen durchflochten (Raffle & Gray, 2007). Der Prozess, der wissenschaftliche Erkenntnisse (z.B. die Evidenz von Interventionen) in die (gesundheits-)politische Entscheidungsfindung einfließen lässt, ist ‚komplex und multidimensional‘ (Gold, 2009). Dadurch ist auch die Verankerung von konkreten Gesundheitsleistungen nach dem wissenschaftlichen „Erkenntnisprozess“ von vielen verschiedenen Faktoren abhängig, z.B. von den Entscheidungsträgern im jeweiligen Gesundheitssystem, den darin vorherrschenden Strukturen und dem soziokulturellen und politischen Kontext eines Landes. Diese und weitere Faktoren sollen in diesem Kapitel näher erläutert und durch die nachfolgende Grafik veranschaulicht werden:

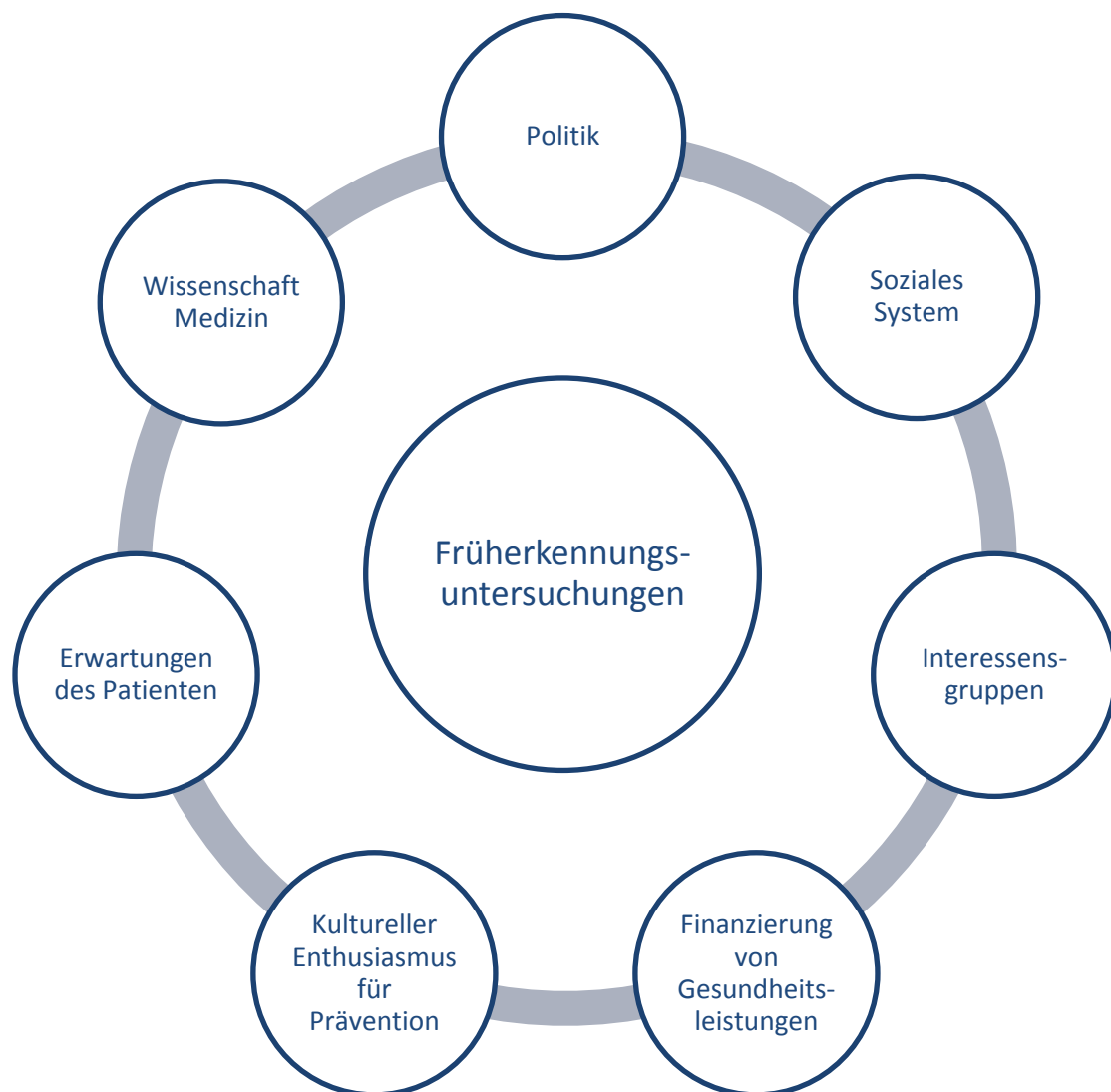


Abb. 2: Faktoren, die auf die Gestalt von Früherkennungsuntersuchungen Einfluss nehmen. (Eigene Darstellung)

Erwartungen des Patienten

Die Erwartungen des Patienten an eine Gesundheitsuntersuchung sind vielfältig und sind nicht lediglich an das Durchführen von Routine-Untersuchungen und gängigen Screeningtests gebunden (Hunziker et al., 2011). Eine amerikanisch-kanadische Studie

(Zemencuk et al., 1998) zeigte die Differenzen in den Erwartungen an und den Wünschen nach bestimmten Screening-Untersuchungen durch Patienten und behandelnde Ärzte (z.B. PSA-Screening). Diese waren in beiden Ländern unterschiedlich ausgeprägt; sie waren abhängig vom jeweiligen Screeningtest, aber unabhängig von aktuellen Empfehlungen (Zemencuk, Feightner, Hayward, Skarupski, & Katz, 1998).

In einer deutschen Studie (Regus et al., 2011) wurden als zusätzliche Maßnahmen zum *check up 35* von der Mehrheit der teilnehmenden Ärzte die Bestimmung von Kreatinin, LDL, HDL und kleinem Blutbild sowie die Durchführung von Ruhe-EKGs angegeben. In der Studie wurde nicht differenziert, inwieweit diese Maßnahmen aufgrund von primär- oder sekundärpräventiven Überlegungen des Arztes motiviert waren oder ob sie aufgrund von Patientenwünschen durchgeführt worden waren. Letzteres ist denkbar, da bei der Hälfte der Ärzte die Patienten zumindest einen Teil dieser Zusatzuntersuchungen selbst zahlen mussten (Regus et al., 2011). Das Bedürfnis nach der Rückversicherung über den eigenen Gesundheitszustand hat von ihren Anfängen bis heute das Bild von Gesundheitsuntersuchungen geprägt (Han, 1997; Oboler, Prochazka, Gonzales, Xu, & Anderson, 2002).

Soziales System

In den 1970er Jahren postulierte Julian Tudor Hart das sog. *inverse care law*, das besagt, dass die Verfügbarkeit von guter medizinischer Versorgung dazu tendiert, sich entgegengesetzt zu den Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung zu verhalten. Dieses Gesetz greife umso stärker, je mehr die medizinische Versorgung den Kräften der Marktwirtschaft unterliege (Hart,

1971). Im Rahmen von Früherkennungsprogrammen und Gesundheitsuntersuchungen gilt dies in besonderer Weise. So erfüllt sich das *inverse care law* beispielsweise in Bezug auf die Eigenschaften von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern an Gesundheitsuntersuchungen. Männer mit geringerem sozioökonomischen Status und niedrigerem Einkommen nehmen weniger häufig an einer *check up*-Untersuchung teil als Frauen oder Angehörige höherer sozialer Schichten. Darüber hinaus findet sich bei Nicht-Teilnehmern häufiger gesundheits-schädigendes Verhalten durch Rauchen, Alkoholkonsum und schlechte Ernährung. Ohne dem verstärktem Bemühen, auch diese ‚benachteiligten‘ Bevölkerungsgruppen zu erreichen, können *check up*-Untersuchungen dazu führen, Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung eher zu verstärken als zu schmälern (Dryden, Williams, McCowan, & Themessl-Huber, 2012; Watt, 2002).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit haben gezeigt, dass England – von der HMO Group Health aufgrund ihrer verhältnismäßig geringen Größe abgesehen – das einzige Land ist, das Einladungsschreiben für ein nationales kardiovaskuläres Primärpräventionsprogramm verschickt. Dies kann auf die starken Bestrebungen Englands zurückgeführt werden, Ungleichheiten im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. In manchen Teilen des Landes werden spezielle Maßnahmen ergriffen, um auch ‚benachteiligte‘ Bevölkerungsgruppen zu erreichen (Dalton & Soljak, 2012). Diese Tendenzen scheinen in England stärker ausgeprägt zu sein als in den anderen Ländern dieser Stichprobe.

Wissenschaft Medizin

Im Rahmen von Präventions- und Früherkennungsprogrammen ist eine Aufgabe der Medizin als wissenschaftliche Disziplin die Evidenzgrundlage für bestehende und geplante Interventionen zu bemessen. Die Doktrin der sog. evidenzbasierten Medizin (*evidence based medicine, EBM*) geht auf den Anfang der 1990er Jahre zurück. Der Schwerpunkt medizinischer Entscheidungsfindung sollte nicht mehr auf der Basis unsystematischer klinischer Erfahrungen, sondern auf systematischen klinischen Studien hoher Validität und Reliabilität liegen (Evidence-Based-Medicine-Working-Group, 1992). Durch die Anwendung expliziter, systematischer Methoden sollen Verzerrung und zufällige Ergebnisse minimiert werden und so zu einer verlässlicheren Entscheidungsgrundlage in (präventiv-)medizinischen Fragen verhelfen. Nutzen und Risiken für Patienten sollen sorgfältig abgewogen werden (Brownson, Fielding, & Maylahn, 2009). Auch die USPSTF bedient sich einer Methodik, die die strikten Standards der evidenzbasierten Medizin erfüllen (Guirguis-Blake et al., 2007; Moyer, 2012). Doch wissenschaftliche Erkenntnisse allein bringen noch keine gesundheitspolitischen Innovationen. Die Evidenz aus Studien muss interpretiert werden, dabei können Werte und Interessen die Entscheidungsfindung beeinflussen. Der Prozess, der wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis einfließen lässt, ist oft umständlich und langwierig. Daher ist ein für alle Akteure transparenter und nachvollziehbarer Wissensfluss von Fachleuten zu politischen Entscheidungsträgern und zur Öffentlichkeit wichtig, um diesen Prozess zu optimieren (Gold, 2009).

Die mangelnde Evidenz der vom Gesundheitssystem vorgesehenen Präventionsleistungen kam bei den Schlüsselinformanteninterviews im Rahmen dieser Arbeit häufig als Kritikpunkt zum Ausdruck. Dies wurde besonders deutlich bei den Interviews mit dem englischen, deutschen, spanischen und kanadischen Schlüsselinformanten. Die Kritik bezog sich sowohl auf ältere als auch auf neuere Screeningelemente. Genannt seien hier das opportunistische Screening auf chronische Niereninsuffizienz in England im Rahmen des *Quality and Outcomes Service Framework*, das vor dem *NHS Health Check* wichtiges Instrumentarium für die Verankerung von Präventionsleistungen war⁴⁰ und das Hautkrebs-Screening in Deutschland, das (vor allem im Interesse der Dermatologen) häufig durch Allgemeinärzte in Verbindung mit der GU angeboten wird⁴¹. Es handelt sich hierbei um eine Aktualisierungsproblematik: In den USA setzen unabhängige Fachleute der US Preventive Services Task Force (USPSTF) Standards für einzelne Organisationen im Gesundheitswesen. Die Übernahme dieser Empfehlungen in die Praxis ist sehr heterogen, da die Amerikaner kulturell bedingt präventionsaffin sind und der Schaden von Präventionsmaßnahmen eher unterschätzt wird. In Deutschland ist für Neuerungen im Gesundheitswesen eine Einigung innerhalb der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen nötig, was schnell zu einer gegenseitigen Blockade führen kann. In einer Berliner Diskussionsrunde im Dezember 2010 zeichneten sich in Bezug auf die Aktualisierung der

⁴⁰ Schlüsselinformanteninterview mit Ulrich Freudenstein am 08.07.2010

⁴¹ Schlüsselinformanteninterview mit Johannes Hauswaldt am 06.07.2010

deutschen Gesundheitsuntersuchung noch keine ausreichenden Gemeinsamkeiten für eine Einigung ab (Donner-Banzhoff & Heintze, 2011).

Politik

Evidenzbasierte Screeningmaßnahmen in politische Entscheidungen umzusetzen, ist ein schwieriger Prozess (Flitcroft, Gillespie, Salkeld, Carter, & Trevena, 2011). Trotz des Wissens um den Nutzen evidenzbasierter Programme finden sich diese nicht immer im Versorgungsalltag wieder, wie unter anderem auch die Ergebnisse dieser Arbeit gezeigt haben (L. Berlin & Hall, 2010; Deppen et al., 2012; Øian, Iversen, Hordnes, & Backe, 2011). Dies lässt sich darauf zurückführen, dass die Implementierung vieler Leistungen im Gesundheitswesen auf der Basis von politischem und medialem Druck erfolgt, aufgrund von Erfahrungen in Einzelfällen oder einfach „weil es immer so gemacht wurde“ (Jacobs, Jones, Gabella, Spring, & Brownson, 2012). Dies liegt unter anderem in den unterschiedlichen Herangehensweisen an Fragestellungen durch Forscher (z.B. Epidemiologen) und Politiker (s. Abb. 3). Brownson et al. (2006) stellt die Unterschiede zwischen den Fachdisziplinen heraus: Während Forscher sich auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse aus Studien stützten und ihr Einfluss auf ihrem Spezialwissen beruht, sind politische Entscheidungen häufig ein Kompromiss aus unterschiedlichen, z.T. konkurrierenden Interessen und an die Dauer einer Wahlperiode gebunden (Brownson, Royer, Ewing, & McBride, 2006). Dadurch werden manche Maßnahmen erst verspätet politisch verankert, auch wenn ihre Evidenzgrundlage bereits nachgewiesen ist. Zentral für die Implementierung

evidenzbasierter Maßnahmen in die Politik sind erfolgreiche Kommunikation zwischen Wissenschaftlern und Politikern, aber auch institutionelle Vorgänge innerhalb der Entscheidungsinstanzen (Brownson et al., 2006; Flitcroft et al., 2011; Gold, 2009; Soriano & Baugh, 2002).

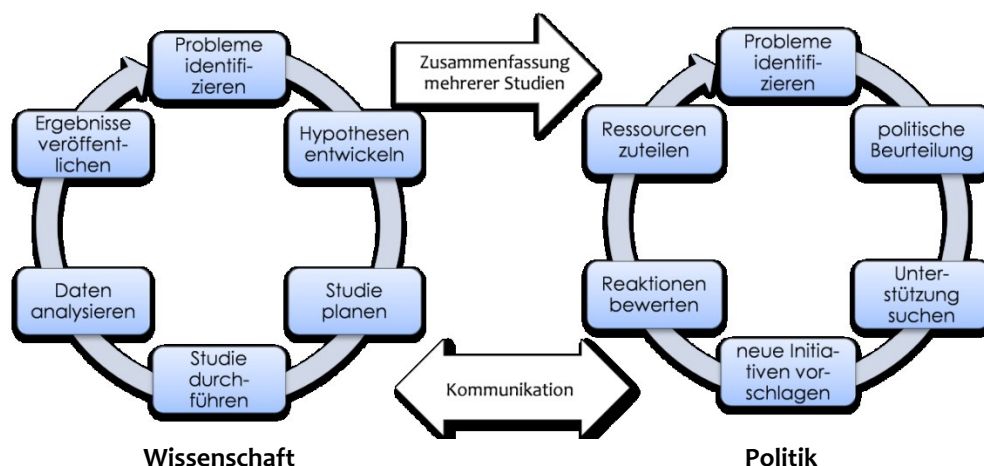


Abb. 3: Unterschiedliche Handlungsweisen von Forschen und Politikern.
(Nach Brownson et al., 2006)

Zwei Beispiele aus dieser Arbeit sollen diese Prozesse verdeutlichen: So berichtete beispielsweise der Schlüsselinformant für England⁴² von dem Aufschrei, der durch die englische Bevölkerung ging, als im Jahr 2003 beschlossen wurde, die untere Altersgrenze für das Zervix-Karzinom-Screening von 20 auf 25 Jahre zu erhöhen. In Wales entschied man sich gegen die Einengung der Zielgruppe, da die walisische Regierung nicht den Eindruck erwecken wollte, der Bevölkerung Gesundheitsleistungen „wegzunehmen“, obwohl nachgewiesen war, dass der frühere Beginn des Screenings keine gesundheitlichen Vorteile bringt.⁴³ Dies ist ein Beispiel für missglückte Kommunikation

⁴² Schlüsselinformanteninterview mit Ulrich Freudenstein am 08.07.2010

⁴³ <http://www.cancerscreening.nhs.uk/nhscsp-20years.pdf> [08.12.2012]

zwischen Wissenschaftlern, Politikern, den Medien und der Bevölkerung. In Großbritannien sind Prozesse im Gesundheitswesen politisiert und darum nach außen gut sichtbar. In Deutschland verlaufen diese Prozesse hinter den geschlossenen Türen der Selbstverwaltung und sind daher nach außen nicht transparent. Dies lässt sich an folgendem Beispiel nachvollziehen: Der gemeinsame Bundesausschuss (g-BA) ist die Institution in Deutschland, die auf der Grundlage des SGB V beschließt, welche Früherkennungsuntersuchungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) aufgenommen werden. In der Verfahrensordnung (VerfO) ist festgelegt, welche Bewertungskriterien für medizinische Methoden angewandt werden sollen. Die VerfO fordert randomisiert kontrollierte Studien (RCTs) mit patientenrelevanten Endpunkten (Mortalität, Morbidität, Lebensqualität). Eine Untersuchung von Bertelsmann et al. hat gezeigt, dass diese Kriterien in den vom g-BA gefassten Beschlüssen zwischen 2000 und 2009 nur unzureichend erfüllt wurden. Eine Entwicklung zu zunehmender Transparenz und Einheitlichkeit in den Bewertungsmaßstäben konnte zwar festgestellt werden, eine Überarbeitung der Verfahrensordnung scheint in den Augen der Autoren aber notwendig zu sein (Bertelsmann, Perleth, & Matthias, 2012). Dieses Beispiel veranschaulicht, wie Institutionen ihrem Arbeitsauftrag z.T. nur unzureichend nachkommen. Eine australische Studie (Flitcroft et al., 2011) kommt zu ähnlichen Ergebnissen; entsprechende Sachverhalte kamen auch in einigen Schlüsselinformanteninterviews zum Ausdruck (*UK National Screening Committee* in

England⁴⁴, *PAPPS* in Spanien⁴⁵). Es handelt sich also um ein Problem mit dem ähnliche Institutionen auch in den anderen Ländern innerhalb und außerhalb dieser Stichprobe zu kämpfen haben (vgl. Flitcroft et al., 2011). Bei Group Health und dem *Group Health Research Institute* schienen institutionelle Probleme weniger ausgeprägt zu sein.^{46,47} Dieser Sachverhalt kann möglicherweise durch die geringere Größe und die organisationsbedingte höhere Transparenz bei Group Health erklärt werden.

Interessensgruppen

Neben Patienten und Ärzten, Wissenschaftlern und Politikern, dem sozialen System eines Landes und anderen Faktoren, haben auch Interessensgruppen Einfluss auf die Gestalt von Früherkennungsuntersuchungen. Bei Interessensgruppen kann es sich um Unternehmen der Pharmaindustrie handeln, die die Vermarktung ihrer Medikamente anstreben, um Medizinproduktehersteller, die die Anwendung neuer Testverfahren durchsetzen wollen oder um Berufsverbände, die die vermehrte Umsetzung und Abrechnung fachgebiets-spezifischer Untersuchungen verfolgen. Unternehmen können großen Druck auf politische Entscheidungsträger ausüben, indem sie mit Stellenabbau oder der Verlagerung von Produktionsstätten ins Ausland drohen. Dadurch werden gesundheitspolitische Entscheidungen oft auch von wirtschaftlichen Interessen eines Landes überlagert (Raffle & Gray, 2007). Forderungen durch

⁴⁴ Schlüsselinformanteninterview mit Ulrich Freudenstein am 08.10.2010

⁴⁵ Schlüsselinformanteninterview mit Juan Gervas am 23.07.2012

⁴⁶ Schlüsselinformanteninterview mit Barbara Schinzinger am 27.08.2012

⁴⁷ Interview mit David Grosmann Senior Investigator Group Health Research Institute, am 01.04.2010

Berufsverbände sind offensichtlicher als die Lobbyarbeit der Industrie und sind der Öffentlichkeit leichter zugänglich, z.B. durch Publikationen (vgl. dazu die Forderung nach einem PSA-Screening (Moyer, 2012), die Dauer des Screening-Intervalls bei der Zervixkarzinomprävention in Deutschland (Raffle, 1996) oder die Ausweitung der Zielgruppe beim Mammographie-Screening (Berlin & Hall, 2010)). Der Einfluss von Interessensgruppen auf Screeningangebote im Allgemeinen und auf die Screeningprogramme in der vorliegenden Arbeit im Besonderen, ist schwer messbar, aber sicher nicht unerheblich. Dies unterstreicht den Bedarf nach unabhängigen Bewertungsinstanzen, um eine von Interessensgruppen induzierte Nachfrage nach Gesundheitsangeboten zu vermeiden.

Finanzierung von Gesundheitsleistungen

Die systembedingte Finanzierung von Gesundheitsleistungen kann als ein weiterer möglicher Einflussfaktor für die Gestaltung von Früherkennungsuntersuchungen diskutiert werden. Stark vereinfacht hängen die zur Verfügung stehenden Mittel für Gesundheit vom gesellschaftlichen Reichtum ab. Gemessen am Bruttoinlandsprodukt pro Kopf ist Norwegen das reichste und Spanien das ärmste Land dieser Stichprobe (siehe Abbildung 4).

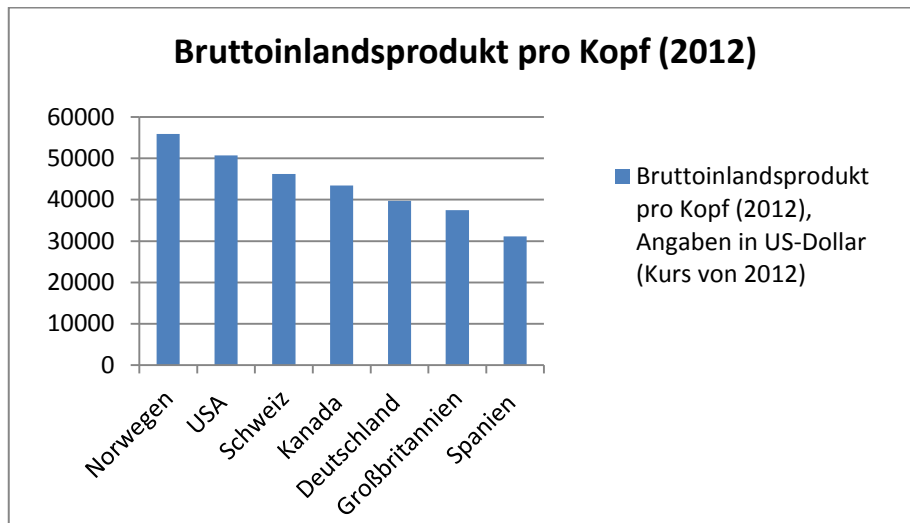


Abb. 4: Bruttoinlandsprodukt pro Kopf. (Eigene Darstellung nach Daten aus CIA - The World Factbook. URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/> [25.09.2013])

Die OECD hat die Gesamtausgaben für Gesundheit verschiedener Länder erhoben. Bezogen auf diese Stichprobe zeigten sich im Jahr 2011 die Gesamtgesundheitsausgaben der USA mit Abstand am höchsten, gefolgt von Deutschland und Kanada; die niedrigsten Ausgaben wurden für Norwegen und Spanien verzeichnet (Organisation for Economic Co-operation and Development., 2010). Der Anteil der Gesamtausgaben, die für organisierte Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme ausgegeben wird, liegt im Durchschnitt bei unter 3% (Organisation for Economic Co-operation and Development., 2010). Das Diagramm in Abbildung 5 veranschaulicht diese Daten (für England lagen keine OECD-Daten zu Präventionsausgaben vor).

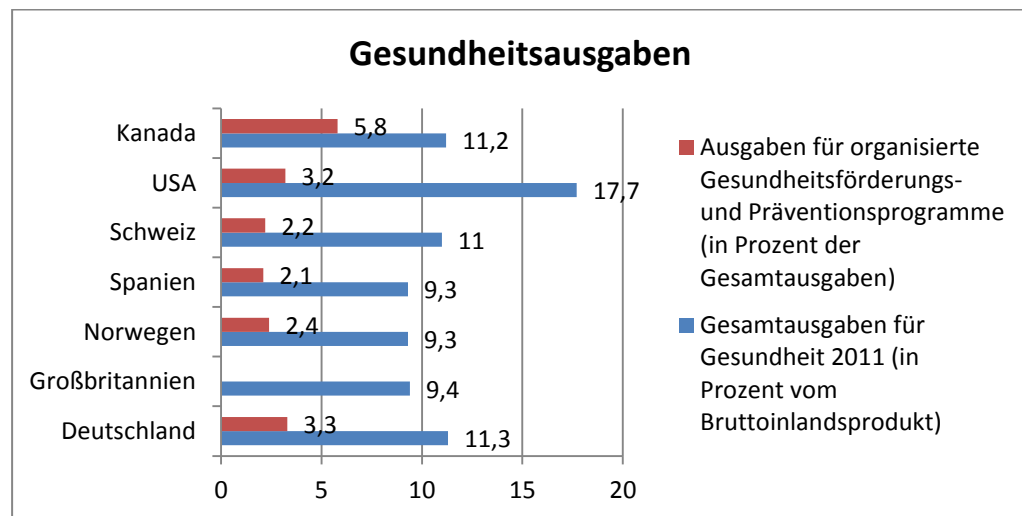


Abb. 5: Gesundheitsausgaben. Eigene Darstellung basierend auf Daten der OECD-Datenbank. (Für England keine Daten zu Präventionsausgaben vorliegend.) URL: <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecd-healthdata.htm> [20.09.2013]

Das Gesamtbudget für Gesundheit fließt also unabhängig vom Finanzierungsmodell des Gesundheitssystems (Bismarck vs. Beveridge vs. Mischformen) überwiegend in den kurativen Bereich. Steuerbasierte Gesundheitssysteme (z.B. in Großbritannien) erleichtern der Regierung, zumindest theoretisch, Gesundheitsförderung und Früherkennungsuntersuchungen in den Versorgungsalltag zu integrieren, da die Regierung gleichzeitig Geldgeber und Käufer von Gesundheitsleistungen ist. In sozialversicherungsbasierten Systemen (wie z.B. in Deutschland) ist die Verteilung durch die Regierung nur sehr indirekt beeinflussbar. Der Pluralismus und der Wettbewerb der Krankenkassen können hierfür als Hemmnisse diskutiert werden. Gleichzeitig zeigen die OECD-Daten für die von mir untersuchte Stichprobe keine signifikanten Mehrausgaben für Prävention in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen generell: In Abbildung 5 steht Kanada hinsichtlich der Ausgaben für Prävention an erster

Stelle und Spanien an letzter. Beides sind steuerfinanzierte Gesundheitssysteme, so dass als weiterer Faktor ein unterschiedlich ausgeprägter kultureller Enthusiasmus für Prävention angenommen werden kann.

Kultureller Enthusiasmus für Prävention

Die Ergebnisse dieser Arbeit haben gezeigt, dass es länderspezifische Unterschiede gibt, inwieweit eine Früherkennungsmaßnahme überhaupt angeboten wird, wie viele Screening-Runden vorgesehen sind, welche Altersgrenzen bestehen, inwiefern Aktualisierungsprozesse in das Angebot eingegliedert werden, usw. So kann man eine „präventive Intensität“ postulieren, die abhängig von Land und Maßnahme ist. Als Extrembeispiele aus dieser Arbeit wären in Bezug auf kardiovaskuläres Screening die USA und Norwegen zu nennen. So bietet Group Health (USA) altersadaptiert allen seinen Versicherten umfassende Untersuchungen zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen an, wohingegen diese in Norwegen nur für sogenannte Hoch-Risiko-Patienten vorgesehen sind. Schwartz et al. (2004) versuchten in einer telefonischen Befragung den Enthusiasmus der US-Amerikaner für die Früherkennung von Krebserkrankungen zu bestimmen. 87% der Befragten gingen davon aus, dass Screening auf Krebs fast immer gut sei. Ein großer Anteil hielt es für unverantwortlich, wenn sich eine 80-Jährige nicht einer Mammographie oder Darmspiegelung unterziehen wollte. 73% würden lieber ein Ganzkörper-CT durchführen lassen als 1000 US-Dollar in bar ausbezahlt bekommen (Schwartz, Woloshin, Fowler, & Welch, 2004). In Norwegen bestehen dagegen eher Bestrebungen, die Bevölkerung

vor unnötigen Untersuchungen und vor Übermedikation zu schützen (Getz, 2006; Kamps, 2007) und es wird als staatliche Aufgabe angesehen, gesundheitsfördernde Lebensbedingungen zu schaffen (Roksund, 2011). Die anderen Länder dieser Stichprobe können nicht eindeutig einer generell screening-begeisterten oder -zurückhaltenden Kultur zugeordnet werden.

In Bezug auf das Mammographie-Screening ist die „präventive Intensität“ gleichmäßiger ausgebildet und die Unterschiede bezüglich Altersgruppe, Untersuchungsintervall und Screeningrunden (mit Ausnahme von British Columbia, wo bis zu 20 Screeningrunden möglich sind) nicht so stark ausgeprägt. Dennoch fällt auch hier auf, dass das Mammographie-Screening bei Group Health schon seit 1985 besteht und in Norwegen erst seit 1995 (in Deutschland sogar erst seit 2005), was möglicherweise auch Rückschlüsse auf kulturelle Einflussfaktoren zulässt. Als Gründe für den ausgeprägten Enthusiasmus für das Mammographie-Screening in den USA diskutiert Lerner (2003) die amerikanische Vorstellung, dass jeder seines Glückes – und in gewisser Weise auch seiner Gesundheit – Schmied sei. In diesem Zusammenhang wurde das Mammographie-Screening in den USA in die Eigenverantwortung jeder Frau gestellt und massiv propagiert (Lerner, 2003). Polarisierende Äußerungen in den Medien und durch Politiker hätten laut Lerner dazu geführt, dass das Schicksal des Mammographie-Screenings in den USA weniger durch Wissenschaft, sondern eher durch Kultur, Ideologie und politische Interessensgruppen bestimmt worden sei (Lerner, 2003).

5.4 Fazit

Ziel dieser Arbeit war, die Implementierung, Struktur und Organisation von Früherkennungsuntersuchungen und nationalen Vorsorgeprogrammen in unterschiedlichen Ländern und Gesundheitssystemen zu untersuchen. Die übergreifende Analyse (vgl. Kapitel 4.5) hat die Heterogenität der verschiedenen Programme sowohl in Bezug auf die drei länderübergreifenden Präventionskonzepte als auch in Bezug auf die drei verschiedenen Programme innerhalb eines Landes gezeigt. Einflussgrößen wurden in den vorangegangenen Abschnitten erläutert und greifen - wie beispielhaft gezeigt werden konnte - auch bei den im Rahmen dieser Arbeit untersuchten Präventionsmaßnahmen. Die Integration von Gesundheitsleistungen in den Versorgungsalltag ist ein dynamischer Prozess mit vielen Wechselbeziehungen und Einflussfaktoren. Trotz der z.T. weitreichenden Unterschiede in der Programmausführung, sehen sich die hier untersuchten Länder ähnlichen Problemen gegenüber. Regelmäßige Aktualisierungsprozesse, Verfahren zur Qualitätssicherung und fortlaufende Programmevaluation sind Maßnahmen, die noch nicht überall als feste Strukturen verankert sind, die aber für einen verantwortungsvollen Umgang mit Gesundheit und Ressourcen notwendig sind.

Für die Gesundheitsuntersuchung (*check-up 35*) in Deutschland ist eine umfassende Überarbeitung wünschenswert. Die Untersuchungsinhalte sollten auf ihre Evidenzgrundlage überprüft und alters- und geschlechtsadaptiert angewandt werden. Außerdem sollten die Erwartungen und Ängste des Patienten stärker als bisher berücksichtigt werden, um durch eine

„individualisierte“ Gesundheitsberatung auch eine langfristige Verhaltensänderung bei den Betroffenen erreichen zu können. Eine fortlaufende Evaluation sollte ermöglicht werden und so strukturierte zukünftige Revisionen erleichtern. Grundsätzlich sind Änderungen der GU in Deutschland auf zwei Arten denkbar: Zum einen könnte über einen Beratungsantrag beim Gemeinsamen Bundesausschuss ein Prozess in Gang gesetzt werden, der langfristig zu einer Überarbeitung der GU führen könnte. Zum anderen könnte ein Weg über die politischen Instanzen

(Bundesregierung/Gesundheitsministerium/Parlament) im Sinne einer neuen Gesetzgebung einen Anstoß zu einer Reform bringen. Zusätzlich wäre ein ergänzendes Forschungsprogramm sinnvoll, um künftige Entscheidungen auf eine fundierte wissenschaftliche Basis stellen zu können (Donner-Banzhoff & Heintze, 2011).

Ein ganz eigener Weg wurde im März 2010 im Bundesland Bremen für eine neue GU eingeschlagen: Im Rahmen der Verträge zur Hausarzt-zentrierten Versorgung wurde mit der AOK Bremen/Bremerhaven eine regionale, altersadaptierte, neue Gesundheitsuntersuchung eingeführt, die oben genannte Kritikpunkte an der bisherigen GU in Deutschland berücksichtigt (Biesewig-Siebenmorgen, Egidi, & Schmiemann, 2011). 2013 wurden die Initiatoren dieser neuen Bremer Gesundheitsuntersuchung mit dem Berliner Gesundheitspreis ausgezeichnet. Dies unterstreicht die Relevanz und die Aktualität der vorliegenden Arbeit und könnte einen Anknüpfungspunkt für eine bundesweite Erneuerung der Gesundheitsuntersuchung nach §25 SGB V bilden.

6 Zusammenfassung

Kardiovaskuläre Erkrankungen sowie Zervix- und Mamma-Karzinome sind weltweit für einen großen Teil der Krankheitslast verantwortlich, können aber durch periodische Früherkennungsuntersuchungen eingedämmt werden. Viele Länder haben Maßnahmen implementiert, wie z.B. die Gesundheitsuntersuchung (*check up* 35) in Deutschland. Die vorliegende Arbeit untersucht, wie verschiedene Gesundheitssysteme Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen implementieren, strukturieren und organisieren. Die Gesundheitssysteme von Deutschland, Norwegen, Spanien, England, Kanada, der Schweiz und den USA wurden diesbezüglich verglichen. Die Daten wurden mittels Internetrecherche erhoben und anschließend mit Inhalten aus Schlüsselinformanteninterviews mit praktizierenden Hausärzten trianguliert.

Die Angebote zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind heterogen aufgebaut. Die Strukturen reichen von Leitlinien-Empfehlungen (Castilla y León, Schweiz, Norwegen) über Anreizzahlungen für Ärzte (British Columbia) zu opportunistischen und bevölkerungsbasierten Programmen (Deutschland bzw. England und Group Health, USA). Die amerikanische *Health Maintenance Organization* Group Health bietet ein etabliertes, evidenzbasiertes Angebot an, wohingegen die deutsche Gesundheitsuntersuchung aus einer Zeit stammt, in der die Frage nach Evidenz noch nicht gestellt wurde und daher vergleichsweise veraltet wirkt.

Im Gegensatz zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen sind die Früherkennungsuntersuchungen zu Gebärmutterhalskrebs verhältnismäßig gleichartig aufgebaut und werden in allen untersuchten Ländern als relevant erachtet. Der Pap-Test ist hierbei der am weitesten verbreitete Screeningtest. Die Untersuchungsintervalle betragen in fast allen Ländern zwei bis drei Jahre. Deutschland ist das einzige Land, das jährliche Intervalle anbietet. In fast allen Ländern wird die Untersuchung durch die Hausärzte und z.T. auch von anderen Gesundheitsberufen (*practice nurses*, Hebammen) durchgeführt. Opportunistisch ist das Screening in Deutschland, Spanien und in der Schweiz. Die übrigen Länder haben in den letzten Jahrzehnten die Umstellung zu organisierten Screening-Angeboten vollzogen. Die Gestaltung der Früherkennungsuntersuchungen auf Gebärmutterhals- und Brustkrebs wird im Wesentlichen von denselben Institutionen übernommen. Bei der Brustkrebsfrüherkennung existieren vergleichsweise einheitliche Strukturen. Die Mehrheit der untersuchten Länder bietet eine meist zweijährige Mammographie-Untersuchung in spezialisierten Einrichtungen an. England bietet die Untersuchung alle drei Jahre an. Meist werden 50 bis 70 Jahre alte Frauen untersucht, wobei die Spannweite von 40 bis 79 Jahre reicht (British Columbia). Die Frauen werden schriftlich zum Screening eingeladen.

Klare Beziehungen zwischen Gesundheitssystemmerkmalen und der Gestalt von Früherkennungsuntersuchungen konnten nicht festgestellt werden. Als mögliche Einflussfaktoren wurden soziokulturelle und politische Aspekte diskutiert. Trotz bestehender Unterschiede in der Ausgestaltung von periodischen

Früherkennungsuntersuchungen scheinen Aktualisierungsprozesse, Strukturen zur Qualitätssicherung und fortlaufende Programmevaluation in allen untersuchten Ländern für einen verantwortungsvollen Umgang mit Gesundheit und Ressourcen unentbehrlich.

7 Summary

Cardiovascular disease and cervical and breast cancer account worldwide for a large burden of disease but can be reduced through periodic screening. Many countries have implemented measures such as the *Gesundheitsuntersuchung* (check-up 35) in Germany. The present study examines how different health systems implement, structure, and organise periodic health examinations. The health systems of Germany, Norway, Spain, England, Canada, Switzerland and the United States were compared in this respect. The data were collected by means of internet research and were then triangulated with the information obtained from key informant interviews which were conducted with practicing family physicians. Cardiovascular disease prevention is organised differently in the countries analysed. The structures vary from guideline recommendations (Castilla y León, Switzerland, Norway) and financial incentives for doctors (British Columbia) to opportunistic and population-based screening programs (Germany and England and Group Health, USA, respectively). The American health maintenance organisation Group Health offers long-standing, evidence-based measures, whereas the German *Gesundheitsuntersuchung* dates back to a time when the question of evidence had not yet been posed and is therefore relatively outdated. In contrast to cardiovascular disease prevention, cervical cancer screening developed in a comparatively similar way and is considered relevant in all countries analysed. The pap-test is the most widely used screening test with the screening intervals ranging from two to three years. Germany is the only country offering yearly screening. Cervical

screening is performed by general practitioners or other health professionals (practice nurses, midwives) in almost all countries. Screening is opportunistic in Germany, Spain and Switzerland. The other countries switched to population-based screening services in the last few decades. In the majority of countries the same institutions are responsible for organising cervical and breast cancer screening. The structures for breast cancer screening are comparatively uniform. Most of the countries examined offer mammography every two years in specialised facilities, only in England the screening interval is three years. In most countries the women screened are between 50 and 70 years old, or between 40 and 79 in the case of British Columbia. In all countries women receive a written invitation for screening. A clear relationship between health system features and the organisation of screening could not be found. Possible influencing factors such as socio-cultural and political aspects were discussed. Despite differences in the organisation of periodic screening, it seems indispensable in all the countries analysed to implement updating processes, structures for quality assurance, and on-going programme evaluation to ensure a responsible use of health care resources.

8 Anhang

8.1 Key-informant-interview – Leitfaden Deutsch

Einleitung:

„Guten Tag, hier spricht Catarina Steinkohl. Ich rufe an wegen des Schlüsselinformanten-Interviews über die Präventionsangebote im internationalen Vergleich.

Als erstes möchte ich mich dafür bedanken, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview genommen haben. Ich hatte Ihnen ja schon letzte Woche in der Email geschrieben, um was es in meiner Doktorarbeit geht. Ich vergleiche die Präventionsangebote verschiedener Länder zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen und zu Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs. Es geht dabei nicht nur um die konkreten Untersuchungsinhalte und -abläufe, sondern auch um die Hintergründe wie Gestaltung und Organisation.

Dieses Interview soll dazu dienen, dabei auch die Perspektive von Hausärzten zu berücksichtigen. Als erstes werde ich Ihnen ein paar Fragen zu Ihrer Praxis und Ihrer Tätigkeit stellen und Sie danach einige Fragen zu der Situation der Früherkennungsprogramm in Ihrem Land fragen und Sie um Ihre Einschätzung in bestimmten Bereichen bitten.

Bevor es mit dem eigentlichen Interview losgeht, zuerst noch die Frage, ob es Ihnen recht ist, dass ich das Interview aufzeichne, um es hinterher besser auswerten zu können.“

Fragen:

- Wie lange sind Sie schon als Hausarzt tätig?
- Wie alt sind Sie?
- In was für einer Praxis arbeiten Sie?
- Gemeinschaftspraxis/Einzelpraxis
- städtischer/ländlicher Bereich
- Größe (Arzt-Patient-Kontakte pro Tag) und wie viele Tage pro Woche arbeiten Sie?
- Was für einen Stellenwert nimmt medizinische Prävention in Ihrem Praxisalltag ein? (Individualebene)
- Mit welchen präventivmedizinischen Leistungen werden Hausärzte in Ihrem Land konfrontiert? (Prävention von

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Pap-Abstrich, Verbindungen zum Mammographie-Programm?)

- Gibt es andere Berufsgruppen außer Medizinern, die an der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen beteiligt sind?
- Gibt es andere Institutionen (health clinics, etc.), die Aufgaben der Prävention übernehmen?
- Wie wird die Durchführung von Präventionsmaßnahmen dokumentiert?
- Ergeben sich aus den Befunden von Früherkennungsuntersuchungen eindeutige Konsequenzen für die durchführenden Ärzte?
- Wie hoch schätzen Sie die Teilnehmerrate in den jeweiligen Programmen bei der Zielbevölkerung ein?
- Wie groß schätzen Sie den Anteil von Hausärzten ein, die die Präventionsprogramme auch wirklich ordnungsgemäß anbieten? (*compliance* mit den geforderten Maßnahmen im Programm?)
- Wie werden die Patienten für die Teilnahme rekrutiert? Sprechen die Ärzte sie darauf an, gibt es Werbung dazu?
- Gibt es Strukturen zur Qualitätssicherung?
- Wissen Sie, wer für die Gestaltung und Aktualisierungsprozesse der Präventionsprogramme in Ihrem Land zuständig ist?
- Wissen Sie, wer entscheidet, ob die Kosten für die Früherkennungsprogramme vom Staat/der Krankenversicherung übernommen werden oder nicht?
- Wie groß ist in etwa der Anteil an Ihrem Einkommen, den Sie durch präventive Maßnahmen verdienen?
- Wie transparent waren für Sie die Entscheidungsprozesse über die Einführung des Programms? Oder wie nachvollziehbar sind für Sie vorgenommene Änderungen im Programm?
- Werden die Früherkennungsprogramme in Ihrem Land unter den Allgemeinärzten als sinnvoll eingeschätzt mit einem spürbaren Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung? Oder kommen Ihnen die Programme eher

wie Geldmacherei oder wie faule Kompromisse von den Entscheidungsträgern vor?

- Wie sehr kollidieren die Früherkennungsmaßnahmen mit Ihrem Praxisalltag und wie sehr fühlen Sie oder Ihre Kollegen sich durch die Programme in Ihrer Flexibilität eingeschränkt? (D.h. wird es allgemein eher bevorzugt, dass man den Patienten individuell begegnet oder empfindet man das standardisierte Programm als vorteilhaft?)
- Ergeben sich aus dem derzeitigen Stand ungewollte Konsequenzen? Nehmen beispielsweise nur die Personen teil, die ohnehin gesund sind und ein geringes Risikoprofil haben?
- Hätten Sie Kritikpunkte oder Verbesserungsvorschläge an der jetzigen Situation in Ihrem Land?
- Gibt es sonst noch etwas, was Sie zu diesem Thema sagen möchten und was Sie für wichtig erachten?

Schluss

- Kurze Zusammenfassung des Gesagten
- Sind Sie damit einverstanden, dass ich Ihren Namen als Informationsquelle in meiner Doktorarbeit angebe?
- Dank.

8.2 Key-informant-interview – Leitfaden Englisch

Introduction:

„Hi, this is Catarina Steinkohl speaking. I’m calling because of the key-informant-interview regarding my doctoral thesis about an international comparison of preventive care measures.

Thank you very much, that you took the time for this interview. It contributes to the success of my project and I really appreciate your help.

In my thesis I want to analyse seven different countries (Germany, Switzerland, England, Spain, Norway, the U.S. and Canada) with regard to the preventive care they offer to adults. The focus is lying on the prevention of cardiovascular disease and breast- and cervical cancer-screening.

But my thesis is not only about the contents and procedures of the examinations, but also about the underlying processes as design and organization. I have revised the data on that from the internet and via email-enquiries.

This interview is meant to get an idea of the family practitioner's perspective on this topic. At first I will ask you a few questions about you and your medical practice. Then I will ask you some general questions about the status quo of preventive care in your country and about your opinion on certain topics.

I hope that you can understand me properly. Please interrupt me if you have difficulties! "

Questions:

- How long have you been working as a family practitioner?
- How old are you?
- In what kind of medical practice are you working?
- Alone/group practice
- Urban/rural area
- Size (doctor-patient-contacts per day) and how many days per week are you working?
- How big is the share of preventive care in your everyday practice routines? (individual level)
- Which preventive measures are conducted by family practitioners in your country? (Prevention of cardiovascular disease, cervical cancer screening, reporting of results from breast cancer screening?)
- Are there other professions apart from medical doctors who participate in preventive care?
- Are there other institutions (health clinics etc.) where preventive care is conducted?
- How is the performance of the examination documented? Standardized?
- Is there a clear follow-up-process for a positive-test-result?
- Can you estimate the participation rate in screening among the eligible population?
- Can you estimate the proportion of family practitioners, who really conduct the preventive care measures in compliance with the guidelines?

- Do structures for quality assurance exist?
- Do you know who is responsible for the design and the updating-process of the screening-programs in your country?
- Do you know who decides if the preventive measures are covered by the insurance system or not?
- How big is the share of your income which you make with preventive care?
- How transparent were the processes leading to the implementation of the current guidelines/programs to you? Or how easily can you relate to changes in the program?
- Do family practitioners in your country consider the program as useful in the sense of having an impact on population health? Or is it more seen as money-making or is it only seen as a bad compromise among stakeholders?
- How do the preventive care measures interfere with your routine care? Do you feel that they minimize your flexibility?
- Do unintended consequences follow the preventive care measures as it is today? Do – for example – only young and healthy people with low risk participate?
- Do you have points of critique or things you would improve in the program in your country?
- Is there anything else you want to comment on regarding this topic?

Ending

- Short summary of what was said
- Is it okay for you if I mention your name as a source of information in my thesis paper?
- Thank you very much again that you were willing to participate in this interview. It was very helpful and I really appreciate your effort!

8.3 Lifetime Prevention Schedule (British Columbia)

Übersicht über die Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen, die bei der Konsultation im Rahmen der *personal health risk assessment fee* mit dem Patienten besprochen werden sollen.

Tabelle 15: Empfehlungen aus dem BC Lifetime Prevention Schedule

Klinische Intervention		♂	♀
Screening auf kolorektales Karzinom (Test auf okkultes Blut im Stuhl alle 1-2 J. ab 50 J.)		•	•
Mammographie-Screening (40-79 J., alle 1-2 J.)			•
Pap-Abstrich-Screening (sexuell Aktive bis 69 J., alle 1-2 J.)			•
Hypertonie-Screening		•	•
Hyperlipidämie-Screening (Männer 40 J., Frauen 50 J. oder postmenopausal; oder früher bei beiden Geschlechtern, falls gefährdet)		•	•
Diabetes-Screening (Nüchtern-Blutzucker mind. alle 3 J. ab 40 J. oder früher bei beiden Geschlechtern, falls gefährdet)		•	•
Diskussion über ASA-Medikation sofern klinisch angezeigt (bei hohem Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen oder Schlaganfall)		•	•
Raucherentwöhnung		•	•
Impfungen für Erwachsene:	Influenza (jährlich, falls gefährdet)	•	•
	Pneumokokken (falls gefährdet alle 10 J.)	•	•
	Tetanus/Diphtherie (alle 10 J.)	•	•
Impfungen für Patienten < 19 J. nach dem altersentsprechenden Impfkalender		•	•
Ernährungsumstellung, bei kardiovaskulärem Risiko		•	•
Empfehlung über körperliche Bewegung, bei kardiovaskulärem Risiko		•	•

Eigene Darstellung, modifiziert nach GPSC, zugänglich im Internet unter:
http://www.gpsc.bc.ca/system/files/Personal_Hlth_Risk%20Assess_FAQs.pdf [20.06.2012]

9 Abkürzungsverzeichnis

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
B.C.	British Columbia
BCMA	British Columbia Medical Association
CTFPHC	Canadian Task Force on Preventive Health Care
g-BA	gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen
GH	Group Health Cooperative
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GP	General Practitioner
GPSC	General Practice Service Committee
GU	Gesundheitsuntersuchung
HDL	high density lipoprotein
HMO	Health Maintenance Organization
HPV	Humane Papilloma-Viren
IGeL	individuelle Gesundheitsleistung
KFE-RL	Krebsfrüherkennungsrichtlinien
KHK	koronare Herzkrankheit
KoopG	Kooperationsgemeinschaft Mammographie
KV	kassenärztliche Vereinigung

NFA	norsk forening for allmennmedisin (norwegische Vereinigung für Allgemein- medizin)
PCT	Primary Care Trust
SGB V	fünftes Sozialgesetzbuch
UK NSC	United Kingdom National Screening Committee
USPSTF	U.S. Preventive Service Task Force
VerfO	Verfahrensordnung
ZI	Zentralinstitut der kassenärztlichen Versor- gung in der Bundesrepublik

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Definition der Empfehlungsgrade der USPSTF seit Mai 2007	22
Tabelle 2: USPSTF-Empfehlungen für Screeningtests (A und B) ..	23
Tabelle 3: Schlüsselinformanten	38
Tabelle 4: Übersicht Gesundheitssysteme/Länder	44
Tabelle 5: Untersuchungsbezogene Elemente von Früherkennungsprogrammen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen	53
Tabelle 6: Umsetzungsbezogene Elemente bei Früherkennungsprogrammen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen	59
Tabelle 7: Organisationsbezogene Elemente bei Früherkennungsprogrammen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen	67
Tabelle 8: Länder ohne Programm zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen	70
Tabelle 9: Untersuchungsbezogene Elemente der Früherkennungsprogramme von Gebärmutterhalskrebs	81
Tabelle 10: Umsetzungsbezogene Elemente der Früherkennungsprogramme von Gebärmutterhalskrebs	87
Tabelle 11: Organisationsbezogene Elemente der Früherkennungsprogramme von Gebärmutterhalskrebs	94
Tabelle 12: Untersuchungsbezogene Elemente der Früherkennungsprogramme von Brustkrebs	99
Tabelle 13: Umsetzungsbezogene Elemente der Früherkennungsprogramme von Brustkrebs	105
Tabelle 14: Organisationsbezogene Elemente der Früherkennungsprogramme von Brustkrebs	114
Tabelle 15: Empfehlungen aus dem <i>BC Lifetime Prevention Schedule</i>	160

11 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Komponenten der Datenanalyse - Interaktives Modell.....	30
Abb. 2: Faktoren, die auf die Gestalt von Früherkennungsunter- suchungen Einfluss nehmen	134
Abb. 3: Unterschiedliche Handlungsweisen von Forschen und Politikern.	140
Abb. 4: Bruttoinlandsprodukt pro Kopf	144
Abb. 5: Gesundheitsausgaben.....	145

12 Tabellarischer Lebenslauf

Zum Schutz personenbezogener Daten wurde diese Seite aus der elektronisch publizierten Version entfernt.

13 Verzeichnis meiner akademischen Lehrer

Meine akademischen Lehrer waren die Damen/Herren:

In Marburg:

Adamkiewicz, Aigner, Barth, Basler, Baum, Berger, Bien, Bösner, Cetin, Czubayko, Daut, del Rey, Donner-Banzhoff, Eilers, Engenhardt-Cabillic, Fendrich, Frank, Fuchs-Winkelmann, Grundmann, Grzeschik, Hasilik, Hegele, Hertl, Höffken, Holland, Hoyer, Kill, Kircher, Klose, König, Koolmann, Langer, Lehr, Lill, Liss, Löffler, Lohoff, Maisch, Mandrek, Martin, Meißner, Mennel, Mittag, Moll, Mueller, Müller-Brüsselbach, Mutters, Neubauer, Nimphius, Oertel, Pagenstecher, Plöger, Ramaswamy, Rausch, Renz, Richter, Röper, Rosenow, Rothmund, Ruchholtz, Rudolph, Schade, Schäfer, Schlosser, Schnabel, Schu, Schütz, Seitz, Sevinc, Sommer, Steiniger, Strempel, Timmesfeld, Vogelmeier, Weihe, Weirich, Werner, Westermann, Wulf, Wündisch

In Trondheim:

Arum, Backe, Bråten, Døllner, Grønbech, Havik, Johnsen, Jozefiak, Kolmannskog, Moen, Mårvik, Salvesen, Skranes, Smidesang, Tingulstad, Uggen, Williams

In Fulda:

Freitag, Hellinger, Isselstein, Jaspersen, Manke, Weber, Repp, Vogt

In Attendorn:

Adolphs, Brill, Doldi, Wierucki, Zeh

14 Danksagung

Zum ersten Mal wissenschaftlich zu arbeiten, war für mich eine interessante und bereichernde Erfahrung. An dieser Stelle möchte ich allen danken, die zur Fertigstellung der vorliegenden Doktorarbeit beigetragen haben.

Vielen herzlichen Dank an Herrn Professor Norbert Donner-Banzhoff für die Überlassung des Themas und die gute Betreuung. Die angenehme Atmosphäre in der Abteilung für Allgemeinmedizin und die regelmäßigen Doktorandenkolloquien habe ich als sehr hilfreich empfunden.

Zum Gelingen meiner Arbeit haben die Interviews mit den Schlüsselinformanten maßgeblich beigetragen. Ich danke, in alphabetischer Reihenfolge, Ulrich Freudenstein, Juan Gérvas, Johannes Hauswaldt, Harald Kamps, Stefan Neuner-Jehle, Barbara Schinzinger und Jim Thorsteinson für die Zeit, die sie sich für die Interviews genommen haben. Ihr Interesse und ihre Bereitwilligkeit sich als Schlüsselinformanten zur Verfügung zu stellen, waren für mich sehr motivierend.

Mein größter Dank gilt meinen Eltern Manfred und Barbara, weil sie mir ein Studium mit vielen Freiheiten ermöglicht haben und ich immer auf ihre Unterstützung zählen konnte.

15 Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die dem Fachbereich Medizin Marburg zur Promotionsprüfung eingereichte Arbeit mit dem Titel „Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen im internationalen Vergleich“ in der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin unter Leitung von Frau Prof. Dr. med. Erika Baum mit Unterstützung durch Herrn Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe. Ich habe bisher an keinem in- oder ausländischen Medizinischen Fachbereich ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht, noch die vorliegende oder eine andere Arbeit als Dissertation vorgelegt.

Vorliegende Arbeit wurde in der *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)* veröffentlicht:

Steinkohl C, Donner-Banzhoff N. Periodische Gesundheitsuntersuchungen im internationalen Vergleich. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* (2014) 108, 185 – 191.

Catarina Steinkohl

16 Literaturverzeichnis

- Ackermann-Liebrich, U. (1986). *Epidemiologie*. Wien: Meducation Foundation.
- Anttila, A., Ronco, G., Clifford, G., Bray, F., Hakama, M., Arbyn, M., & Weiderpass, E. (2004). Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. *Br J Cancer*, 91(5), 935-941.
- Arbyn, M., Castellsagué, X., de Sanjosé, S., Bruni, L., Saraiya, M., Bray, F., & Ferlay, J. (2011). Worldwide burden of cervical cancer in 2008. *Ann Oncol*, 22(12), 2675-2686.
- Ashcroft, R. E. (2004). Current epistemological problems in evidence based medicine. *J Med Ethics*, 30(2), 131-135.
- Bastos, J., Peleteiro, B., Gouveia, J., Coleman, M. P., & Lunet, N. (2010). The state of the art of cancer control in 30 European countries in 2008. *Int J Cancer*, 126(11), 2700-2715.
- Baum, E., Hensler, S., & Popert, U. (2004). Risikofaktoren und Risikoindikatoren für kardiovaskuläre Erkrankungen: Prognoseverbesserung als Maßstab. *Z Allg Med*, 80(2), 71-76.
- Berlin, L., & Hall, F. M. (2010). More mammography muddle: emotions, politics, science, costs, and polarization. *Radiology*, 255(2), 311-316.
- Bertelsmann, H., Perleth, M., & Matthias, K. (2012). 10 Years of Assessing Prevention and Early Diagnosis Programmes by the Federal Joint Committee of Germany - A Methodological Analysis. *Gesundheitswesen*. doi: 10.1055/s-0032-1311616
- Biesewig-Siebenmorgen, J., Egidi, G., & Schmiemann, G. (2011). Die neue Bremer Vorsorgeuntersuchung – Entwicklung und Konzept einer altersadaptierten Gesundheitsuntersuchung. *ZEFQ*, 105(10), 2.
- Boulware, L. E., Barnes, G. J., Wilson, R. F., Phillips, K., Maynor, K., Hwang, C., . . . Daumit, G. L. (2006). Value of the periodic health evaluation. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*(136), 1-134.
- Boulware, L. E., Marinopoulos, S., Phillips, K. A., Hwang, C. W., Maynor, K., Merenstein, D., . . . Daumit, G. L. (2007). Systematic review: the value of the periodic health evaluation. *Ann Intern Med*, 146(4), 289-300.

- Brownson, R. C., Fielding, J. E., & Maylahn, C. M. (2009). Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health*, 30, 175-201.
- Brownson, R. C., Royer, C., Ewing, R., & McBride, T. D. (2006). Researchers and policymakers: travelers in parallel universes. *Am J Prev Med*, 30(2), 164-172.
- Böhm, K. (2011). Datenreport 2011 - Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. In Bundeszentrale für Politische Bildung (Ed.), *Zeitbilder* (Vol. 1, pp. 222). Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Castelli, W. P. (1983). Cardiovascular disease and multifactorial risk: challenge of the 1980s. *Am Heart J*, 106(5 Pt 2), 1191-1200.
- Cowburn G, B. P., Løgstrup S. (2009). Cardiovascular disease prevention in Europe - the unfinished agenda. Brussels: The European Heart Network.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (2. ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care [CTFPHC] (2011). Current Task Force Recommendations. Verfügbar unter: http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations__current_eng.html [11.02.2012]
- CTFPHC (2011). History of the Task Force. Verfügbar unter: http://www.canadiantaskforce.ca/history_eng.html [11.02.2012]
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. (1979). The periodic health examination. *Can Med Assoc J*, 121(9), 1193-1254.
- Dalton, A. R., & Soljak, M. (2012). The nationwide systematic prevention of cardiovascular disease: the UK's health check programme. *J Ambul Care Manage*, 35(3), 206-215.
- Deppen, S. A., Aldrich, M. C., Hartge, P., Berg, C. D., Colditz, G. A., Petitti, D. B., & Hiatt, R. A. (2012). Cancer screening: the journey from epidemiology to policy. *Ann Epidemiol*, 22(6).
- Docteur, E., Suppanz, H., Woo, J., & Organisation for Economic Co-operation and Development. (2003). *The US Health System - An Assessment and Prospective Directions for Reform* OECD Economics Department Working Papers.
- Donner-Banzhoff, N., & Heintze, C. (2011). Der "Check ab 35": ein Fall von Systemlähmung? - Muss und kann die Gesundheitsuntersuchung nach §25 SGB V erneuert werden? *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 105, 765-768.

- Dryden, R., Williams, B., McCowan, C., & Themessl-Huber, M. (2012). What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review. *BMC Public Health*, 12, 723.
- Emmert, M. (2008). *Pay for Performance (P4P) im Gesundheitswesen: Ein Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung?* Schriften zur Gesundheitsökonomie 15, HERZ. Burgdorf.
- EUROASPIRE I and II Working Group. (2001). Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. EUROASPIRE I and II Group. European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. *Lancet*, 357(9261), 995-1001.
- Evidence-Based-Medicine-Working-Group. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17), 2420-2425.
- Fisseni, G., Golücke, A., & Abholz, H.-H. (2003). Warum machen deutsche Allgemeinärzte so wenig Früherkennung? *Z Allg Med*, 79, 591-595.
- Flitcroft, K., Gillespie, J., Salkeld, G., Carter, S., & Trevena, L. (2011). Getting evidence into policy: The need for deliberative strategies? *Soc Sci Med*, 72(7), 1039-1046.
- Getz, L. (2006). *Sustainable and responsible preventive medicine*. (Dissertation), Norwegian University for Science and Technology, Trondheim. (2006:113)
- Gilchrist, V. J., & Williams, R. L. (1999). Key Informant Interviews. In B. Crabtree & W. Miller (Eds.), *Doing Qualitative Research*.
- Gold, M. (2009). Pathways to the use of health services research in policy. *Health Serv Res*, 44(4), 1111-1136.
- Gouveia, J., Coleman, M. P., Haward, R., Zanetti, R., Hakama, M., Borras, J. M., . . . Travado, L. (2008). Improving cancer control in the European Union: conclusions from the Lisbon round-table under the Portuguese EU Presidency, 2007. *Eur J Cancer*, 44(10), 1457-1462.
- Guirguis-Blake, J., Calonge, N., Miller, T., Siu, A., Teutsch, S., & Whitlock, E., (2007). Current processes of the U.S. Preventive Services Task Force: refining evidence-based recommendation development. *Ann Intern Med*, 147(2), 117-122.
- Gøtzsche, P. C., & Nielsen, M. (2011). Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database for Syst Rev* (1).
- Hager, W. (2008). Hat der "Check-Up" ausgedient? *Z Allg Med*, 84, 388-390.

- Han, P. K. (1997). Historical changes in the objectives of the periodic health examination. *Ann Intern Med*, 127(10), 910-917.
- Hart, J. T. (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1(7696), 405-412.
- Hauswaldt, J., Junius-Walker, U., Kersting, M., & Hummers-Pradier, E. (2009). Zur Gesundheitsuntersuchung in deutschen Hausarztpraxen – eine sekundäre Analyse von Versorgungsdaten 1996 bis 2006. *Z Allg Med*, 85(10), 411-417.
- Henny, J., Paulus, A., Helfenstein, M., Godefroy, T., & Guéguen, R. (2012). Relationship between the achievement of successive periodic health examinations and the risk of dying. Appraisal of a prevention scheme. *J Epidemiol Community Health*.
- Howard-Tripp, M. (2011). Should we abandon the periodic health examination?: YES. *Can Fam Physician*, 57(2), 158-160.
- Hunziker, S., Schläpfer, M., Langewitz, W., Kaufmann, G., Nüesch, R., Battegay, E., & Zimmerli, L. U. (2011). Open and hidden agendas of "asymptomatic" patients who request check-up exams. *BMC Fam Pract*, 12, 22.
- Jacobs, J. A., Jones, E., Gabella, B. A., Spring, B., & Brownson, R. C. (2012). Tools for implementing an evidence-based approach in public health practice. *Prev Chronic Dis*, 9.
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 61(2), 69-90.
- Kamps, H. (2007). Mehr Mut zum Nein-Sagen. *Deutsches Ärzteblatt*, 104(3), 105-108.
- Kannel, W. B. (1978). Hypertension, blood lipids, and cigarette smoking as co-risk factors for coronary heart disease. *Ann N Y Acad Sci*, 304, 128-139.
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2011). Früherkennungsuntersuchungen außerhalb des RLV. Verfügbar unter: http://www.kvberlin.de/20praxis/70themen/vorsorge_frueherkennung/index.html [12.04.2012]
- Krogsbøll, L. T., Jørgensen, K. J., Grønhøj Larsen, C., & Gøtzsche, P. C. (2012). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 10.
- Lameire, N., Joffe, P., & Wiedemann, M. (1999). Healthcare systems--an international review: an overview. *Nephrol Dial Transplant*, 14 Suppl 6, 3-9.

- Lerner, B. H. (2003). "To see today with the eyes of tomorrow": A history of screening mammography. *Can Bull Med Hist*, 20(2), 299-321.
- Maaz, A., Winter, M., & Kulmey, A. (2006). Fehlzeiten Report 2006 - Chronische Krankheiten. In Badura, B., Schellschmidt, H., & Vetter, C. (Eds.), (pp. 5-23). Berlin Springer Verlag.
- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*, 38(3), 831-865.
- Marchildon, G. P., World Health Organization. Regional Office for Europe., & European Observatory on Health Systems and Policies. (2013). *Health systems in transition - Canada : health system review 2013*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Matheny, M., McPheeters, M., Glasser, A., Mercaldo, N., Weaver, R., Jerome, R., . . . Tsai, C. (2011). Systematic Review of Cardiovascular Risk Assessment Tools *Evidence Synthesis No. 85*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research And Quality.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care - Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, 320, 50-52.
- McPherson, K., Steel, C. M., & Dixon, J. M. (2000). ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ*, 321(7261), 624-628.
- Mehrotra, A., Zaslavsky, A., & Ayanian, J. (2007). Preventive health examinations and preventive gynecological examinations in the United States. *Arch Intern Med*, 167(17), 1876-1883.
- Mendis, S., Puska, P., Norrving, B., World Health Organization., World Heart Federation., & World Stroke Organization. (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: World Health Organization.
- Miles, M., & Huberman, M. (1994). *Qualitative Data Analysis: an expanded sourcebook* (2nd ed.): Sage Publications, Inc.
- Moyer, V. (2012). Task force's prevention advice proves hard to swallow. Interview by Eliot Marshall. *Science*, 337(6101), 1468-1470.
- Oboler, S., Prochazka, A., Gonzales, R., Xu, S., & Anderson, R. (2002). Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing. *Ann Intern Med*, 136(9), 652-659.

- Organisation for Economic Co-operation and Development.
(2010). *Health at a glance* Vol. 1.2010; 2.2012.
- Othman, C., Wollny, A., Abholz, H.-H., & Altiner, A. (2008). Die Gesundheitsuntersuchung – Ein ungeliebtes Stiefkind? Eine qualitative Untersuchung. *Z Allg Med*, 84, 280-285.
- Patton, M. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1189-1208.
- Raffle, A., & Gray, M. (2007). *Screening - Evidence and Practice* (1st ed.). New York: Oxford University Press.
- Raffle, A. E. (1996). The economics of screening. *Cytopathology*, 7(4), 227-230.
- Regus, S., Sonntag, U., Bockelbrink, A., Welke, J., Braun, V., & Heintze, C. (2011). Check up 35: what benefits do general practitioners in Brandenburg see?. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 105(6), 421-426.
- Richards, L. (2009). *Handling Qualitative Data – A Practical Guide* (2nd ed.): Sage Publications Ltd.
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten. ("Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien"). (2011). Verfügbar unter: http://www.gba.de/downloads/62-492-509/RL-Gesundheit_2010-12-16.pdf [20.11.2013]
- Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten. ("Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien"). (2011). Verfügbar unter: <http://www.gba.de/informationen/richtlinien/10/#details/1250/listContext/beschluesse> [11.04.2013]
- Robert-Koch-Institut. (2012). Krebs in Deutschland 2007/2008 *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (8 ed.). Berlin: Robert Koch-Institut und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.
- Roksund, G. (2011). Forebyggende helsearbeid - Policydokument for Norsk forening for allmennmedisin. Siljan/Oslo: Norsk Forening for Allmennmedisin.
- Wilm, S., Knauf, A., Kreilkamp, R., Schlegel, U., & Altiner A. (2006). Der Hausarzt, sein Patient und der Auswurf. *Z Allg Med*, 82, 67-73.
- Sackett, D. L. (2002). The arrogance of preventive medicine. *CMAJ*, 167(4), 363-364.

- Schneider, A., von Knebel-Doeberitz, M., Muth, C., Kühn, W., von Keyserling, H., & Kaufmann, A. M. (2007). Sekundäre Prävention des Zervixkarzinoms - Aktueller Stand der Diagnostik. *Der Onkologe*, 40(5), 377-388.
- Schwartz, L. M., Woloshin, S., Fowler, F. J., & Welch, H. G. (2004). Enthusiasm for cancer screening in the United States. *JAMA*, 291(1), 71-78.
- Sofaer, S., & Luciano, R. P. (1999). Qualitative methods: what are they and why use them? *Health Services Research*, 34(5), 1101-1118.
- Sorian, R., & Baugh, T. (2002). Power of information: closing the gap between research and policy. *Health Aff (Millwood)*, 21(2), 264-273.
- Streich, W. (2009). Ist die Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen wirklich zu gering? *Z Allg Med*, 85, 284-289.
- Sönnichsen, A. C., Sperling, T., Donner-Banzhoff, N., & Baum, E. (2007). Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern an der Gesundheitsuntersuchung. *Z Allg Med*, 83, 355-358.
- Tremblay, M.-A. (1957). The Key Informant Technique: A Nonethnographic Application. *American Anthropologist*, 59(4), 688-701.
- United States Preventive Services Task Force [USPSTF] (1989). Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: Williams and Wilkins.
- USPSTF. U.S. Preventive Services Task Force - Introduction. Verfügbar unter:
<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm> [11.02.2012]
- van Lieshout, J., Wensing, M., & Grol, R. (2008). *Prevention of cardiovascular diseases: The role of primary care in Europe* (pp. 129). Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Watt, G. (2002). The inverse care law today. *Lancet*, 360(9328), 252-254.
- Wilson, J., & Jungner, G. (1968). *Principles and practice of screening for disease*. Geneva: World Health Organization.
- Wilson, P. W. (1994). Established risk factors and coronary artery disease: the Framingham Study. *Am J Hypertens*, 7(2).
- Yin, R. (2009). *Case study research : design and methods* (4. ed.). Los Angeles: Sage.
- Zemencuk, J. K., Feightner, J. W., Hayward, R. A., Skarupski, K. A., & Katz, S. J. (1998). Patients' desires and expectations for

medical care in primary care clinics. *J Gen Intern Med*, 13(4), 273-276.

Øian, P., Iversen, O. E., Hordnes, K., & Backe, B. (2011). More evidence and less politics, please! *Tidsskr Nor Laegeforen*, 131(23), 2346.